



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

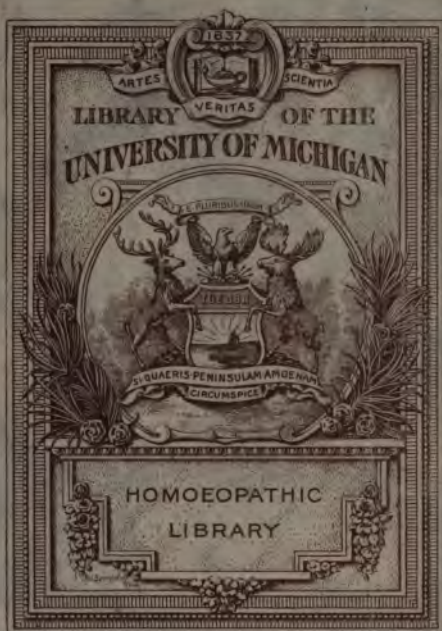
Nous vous demandons également de:

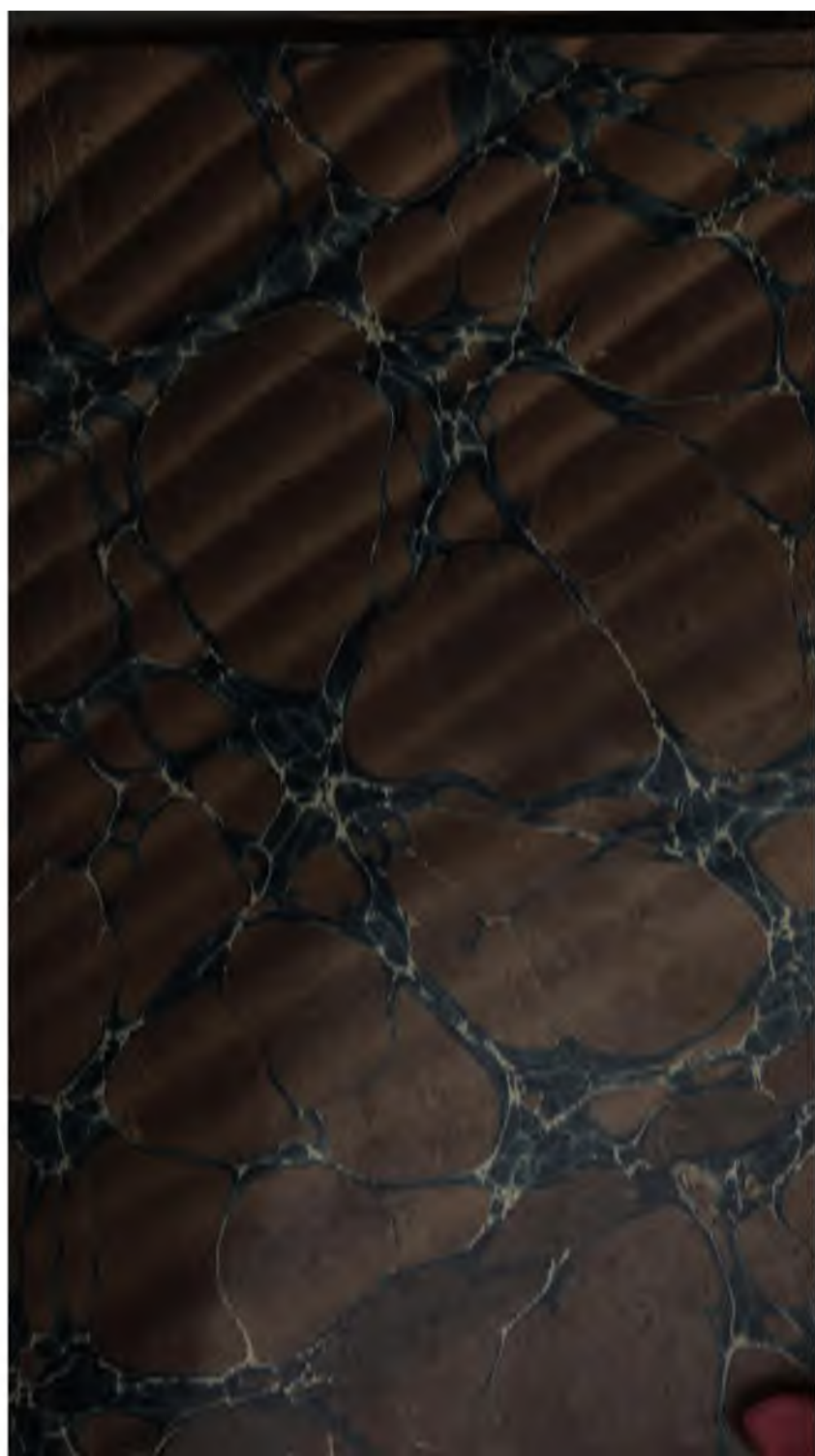
- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

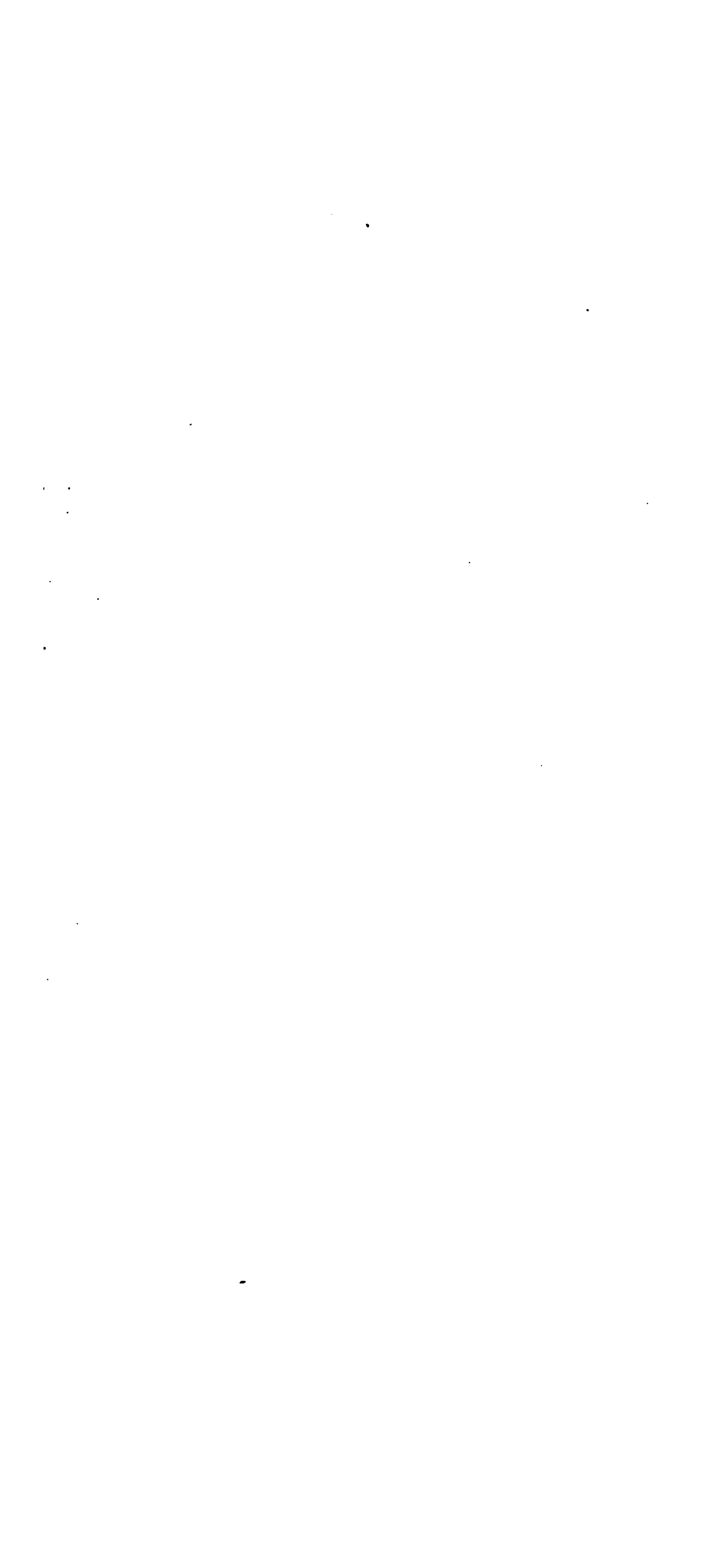
À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>









H 610,5

S 678

M 56



BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICALE
HOMÉOPATHIQUE DE FRANCE

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIK FRÈRES

Place St-André, 3.

Imprimeurs de la Société Médicale Homœopathique de France.

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICALE
HOMŒOPATHIQUE
DE FRANCE

TOME XXV

PARIS
Librairie J.-B. BAILLIÈRE Père et Fils
19, rue Hautefeuille, près le boulevard St-Germain.

—
1883



LISTE DES MEMBRES

DE LA

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

Année 1883-1884

MEMBRES TITULAIRES RÉSIDANTS

Messieurs :

Bougué, médecin-vétérinaire.	Lo Thiéro.
Belot.	Love père.
Bon.	Love fils.
Catellan (Charles), pharm.	Molin.
Chanet.	Ozanam.
Chapusot.	Paronteau.
Claude.	Partenay.
Clément.	Perrussel (R.).
Cramoisy.	Poppleton.
Cretin.	Raymond.
Dezermaux.	Rochet.
Frédault père.	Rol.
Frédault fils.	Serrand (Daniel).
Gabalda.	Serrand (René).
Gonnard.	Suberbic.
Guérin-Méneville.	Tessier (J.-P.).
Hermel.	Vallois.
Jousset père.	Vautier.
Jousset fils.	Viollet.

227945

MEMBRES ASSOCIÉS FRANÇAIS

Messieurs :

Abbadie, à l'Isle-Adam.	Ginestet, à Niort.
Artières, à St-Pierre (Marti- nique).	Goutry, médecin-vétérinaire à Romange (Jura).
Arnulphi, à Nice.	Grusu, à Cannes.
Badiole (Henri), à Tarbes.	Hême, à Vendôme.
Batz, à Nauroy.	Imbert - Gourbeyre, à Cler- mont-Ferrand.
Bastier, pharmacien à Valen- ce (Drôme).	Landry, à Louviers.
Béchet, à Avignon.	Latière, à la Seyne.
Cartier (Ad.), à Lyon.	Léaux, à Egreville.
Casal, à Menton.	Lecoupeur, à Rouen.
Chabot, à St-Roman-les-Mel- les.	Lesonneur, à Oran (Algérie).
Chaigneau, à Fontenay-le-C.	Malapert du Peux, à Lille.
Chalus (De), à Bazouges.	Marbot, à Fère-Champenoise.
Chargé, à Tamaris.	Moreau, à Podensac (Gironde).
Cornu (Henri), à Pau.	Noack, à Lyon.
Créquy (De), à Amiens.	Pelletier, pharmacien à Lyon.
Despiney, à Nice.	Piedvache, à Dinan.
Durand (J.), à St-Huberty.	Prié, aux Riceys (Aube).
Duruty, à Bayonne.	Prost-Lacuzon, à Dôle.
Emery, à Lyon.	Rapou, à Lyon.
Feuillet, à Alger.	Servan, à Lyon.
Frestier, à Lyon.	Sollier fils, à Marseille.
Frichet, à Clermont-Ferrand.	Suyé, à Pau.
Gillet, à Marseille.	Tardieu, à St-Etienne.
	Thibaut, à Nantes.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

Messieurs :

Affonseca (Luiz-Vicente d'), à Lisbonne.	Belluomini, à Florence.
Aguilar (Francisco - Nunez - Amado de), à Rio-Janeiro.	Benito Garcia Fernandez, à Valparaiso (Chili).
Alvarez de Moura (Frances- co), à Rio-Janeiro.	Bersoza, à Valladolid.
Aranjo (Cesario-Eugenio-Gom- es de), à Rio-Janeiro.	Bianchini, à la Nouv.-Orléans.
	Brunner, à Valparaiso.
	Canuto Valdès y Martinez, pharmacien à la Havane.

- Caronti, à Bologne.
 Cartier (J.), à la Nouvelle-Orléans.
 Carvalho (Luis-Antonio), à Arrozal (Rio-Janeiro).
 Carvalho (Maximiano), marquis de, à Rio-Janeiro.
 Chidloe, à Rio-Janeiro.
 Cochrane (Th.), à Rio-Janeiro.
 Corta (José-Luiz da), à Rio.
 Corta-Sampaio (Joachim-Antonio da), à Rio.
 Cricca (Anacleto), à Smyrne.
 Dericker, à St-Petersbourg.
 Dobbelaere, à Bruges.
 Dorion, à St-Paul (Minnesota).
 Dugniolle, membre de l'Académie royale de médecine à Bruxelles.
 Duiro, à Valence (Espagne).
 Duque-Estrada, à Rio-Janeiro.
 Freschi (Comte), à San-Vito al Tagliamento.
 Garcia Lopez, à Madrid.
 Garin, à Valence (Espagne).
 Germon (Emilio), à Rio.
 Giuseppe Demichelis, à Turin.
 Goico de Sabanetas, à Porto-Rico.
 Gomès (Ant.-Ildefonse), à Rio.
 Gonzalès (Anast.-Alv.), à Madrid.
 Gonzalès (Paz-Alv.), à Madrid.
 Grau-Ala (Victor Maria de), pharmacien à Barcelone.
 Guedes (Joacquin Alvès-Pinto), à Rio-Janeiro.
 Hahnemann, à Londres.
 Hampe, médecin du prince régnant de Lichtenstein.
 Holleczhek, à Kalgenfurt.
 Hysern (Luis de), à Madrid.
 Joao Pinheiro Magalhaes Batos, à Rio.
 Jorez, à Dolhain-Limbourg.
 Kafka, à Prague.
 Kaunic, à Kungesund (Norvège).
 Keersmaecker (De), à Bruxelles.
 Kuczynski (S.), à Varsovie (Pologne).
 Ladelci, à Rome.
 Lanau (Philippe), N.-Orléans.
 Lemos (Maximiano-Antonio de), à Rio-Janeiro.
 Leobel, à Valence (Espagne).
 Letjet (Luis), à Madrid.
 Lisboa (Vicente-José), à Rio-Janeiro.
 Madiedo (De), à Bogota.
 Malta (Ignacio-José), à Rio-Janeiro.
 Marcy, à New-York.
 Marenzeller, à Vienne.
 Martins (Bento-José), à Paris.
 Mathéus, à Lisbonne.
 Mello (J.-T. de), à Rio-Janeiro.
 Monti, à Bologne.
 Moor (Ch. de), à Alost (Belgique).
 Moreira (M.-D.), à Rio-Janeiro.
 Murphy, à la Nouvelle-Orléans.
 Moura (S.-J. de), à Bahia.
 Nonnis (Efilio), doyen de la Faculté, à Cagliari (Sardaigne).
 Nonnis (Giovanni), à Turin.
 Nonnis (Jean) fils, à Turin.
 Oliveira (Antonio-Rodriguez de), à Rio-Janeiro.
 Orenge, à Valence (Espagne).
 Panelli, à Naples.
 Pellicer (Thomas), à Madrid.
 Pompili, à Rome.
 Procura, à Rio-Janeiro.
 Rimarkiewicz (Antoine), à Varsovie (Pologne).
 Rocco Rubini, à Naples.
 Sabater y Llebaria (José), à Barcelone.
 Sabino, à Pernambuco.
 Sal-Jordanet, à la N.-Orléans.
 Sanders-Stephens, à Cannes.
 Santos-Mella (J.-A. Dos), à Saint-Paul (Brésil).
 Da Serra-Freire, à Para (Brésil).
 Scott, à Glasgow.

Solidade-Valente (Domingos-Jonoda), à Rio-Janeiro.	Wieniawski, à Varsovie (Pologne).
Touchon (James), à Neuchâtel.	Zlatarovich, prof. de mat. méd. à l'Académie médicale militaire Joséphine à Vienne.
Vautier (E.), au Brésil.	
Villavicencio (D.), méd., ministre de l'intér. à Caracas.	
Villeneuve (D), à la Nouvelle-Orléans.	

MEMBRES HONORAIRES

Messieurs :

Allen (T.) à New-York.	Guyard (A.), à Paris.
Alvarez de Aranjó y Cuellar, à Madrid.	Hel'muth, à New-York.
Becker, à Paris.	Hughes (R), à Brighton..
Bernard, à Mons.	Lachâtre, à Paris.
Bouis, à Toulon.	Lennep (Van), à Smyrne.
Burdel (E.), à Bahia (Brésil).	Lilienthal, à New-York.
Decran, à Moulins.	A. Lippe, à Philadelphie.
Dezauche, à Colombes.	Ludlam, à Chicago.
Demenge, à La Bresse.	Martiny, à Bruxelles.
Espanet, à Paris.	Provost, à Versailles.
Gailliard, à Bruxelles.	Rafinesque, à Paris.
	Talbot, à Boston.

24^e ANNÉE. — MAI 1883.

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX

SÉANCE DU 16 AVRIL 1883.

Présidence de M. HERMEL.

M. le D^r Hermel donne lecture d'une lettre du D^r Hammelrath qui donne sa démission de membre de la Société.

Cette démission est acceptée.

L'ordre du jour appelle la discussion de la clinique du D^r Jousset.

M. CRETIN. — Selon sa louable habitude notre confrère, le D^r Jousset, a fait précéder sa clinique de l'hôpital Saint-Jacques d'un sommaire donnant une idée du mouvement des malades pendant le trimestre. En commençant son service, M. le D^r Jousset a trouvé, dans les salles, 7 femmes et 5 hommes. Il est entré, du 1^{er} décembre 1881 au 22 février 1882, 31 femmes et 24 hommes. C'est donc 67 malades qui ont été soignés. Sur ce nombre il y a eu 2 décès seulement ; 49 sorties après guérison ou amélioration, et, au commencement du trimestre suivant

il restait 16 malades en traitement, 7 femmes et 9 hommes.

A première vue un tel résultat est on ne peut plus satisfaisant ; mais il l'est bien plus encore si on tient compte des cas graves qui se sont présentés en assez grand nombre et dont la solution favorable ne peut être attribuée qu'à la thérapeutique homœopathique. C'est du reste ce que l'examen de cette clinique intéressante mettra en pleine lumière.

Dans le résumé placé en tête, de l'observation I, on lit : *Autopsie* : « Poche purulente en forme de kyste volumineux au-dessus de la vessie ; ovaire à gauche normal ; à droite dilaté en forme de poche remplie de pus. »

Et, à la fin de l'observation : « Des adhérences solides limitaient au devant de la vessie une poche énorme qui contenait un litre de pus. L'ovaire droit était converti en un abcès. L'ovaire gauche et l'utérus étaient sains. »

Ces faits sont reproduits encore dans ces réflexions, en ces termes : « Cette douleur persistante dans le haut de la cuisse était évidemment en rapport avec l'ovaire suppurée du côté droit ; puis l'abcès enkysté, qui apparaît au côté gauche s'étend rapidement à l'ombilic, et est presque indolent ; tandis que la fosse iliaque droite et la cuisse sont le siège de douleurs excessivement vives. » (P. 352.)

Or, dans le cours de l'observation, on trouve « le 20 décembre (p. 315), dans la fosse iliaque gauche une tumeur arrondie du volume d'une orange ; du 22 au 29 la tumeur augmente beaucoup, elle atteint le vo-

lume d'une grosse tête de fœtus et arrive jusqu'au nombril ; le 3 décembre la tumeur qui existait à la fosse iliaque gauche s'est affaissée. »

Si je me rends bien compte de ces détails, si je n'interprète pas mal leur rédaction, il y avait évidemment deux foyers purulents : l'un à l'ovaire droit, et l'autre enkysté, au-dessus et en avant de la vessie. C'est donc, si je ne me trompe, dans ce kyste purulent qu'on trouverait l'explication du travail accusé du 20 au 29 novembre par l'apparition, dans la fosse iliaque gauche, d'une tumeur grosse comme une orange, et par l'augmentation considérable de cette tumeur du 20 au 29 novembre. Le 3 décembre, la tumeur s'affaisse ; on peut se demander si son contenu est venu s'enkyster à la partie supérieure et antérieure de la vessie, et dans ce cas, comment cette modification ne s'est pas accusée par une tuméfaction à l'hypogastre, au-dessus du pubis. D'un autre côté, dans le cas où le kyste n'aurait pas pour origine la tuméfaction de la fosse iliaque gauche, comment, par quel procédé, cette tuméfaction a-t-elle disparu ? où est passée la matière qui la constituait ?

Je ne vois pas de solution précise possible.

L'obscurité de ce cas était telle, qu'aucune indication positive ne pouvait servir de base au traitement. La *colocynthis*, administrée du 27 au 30 novembre, a fait cesser les vomissements. Du 30 novembre au 22 décembre l'*arsenic* et le *sulfate de quinine* sont impuissants à modifier le mouvement fébrile. Le 22 décembre les règles qui devaient venir n'ont pas pu-

ru. L'*aconit* est prescrit en raison de cette circonstance, en raison aussi du mouvement fébrile, et, peut-être, de la diarrhée qui survient. Le 3 janvier la malade est prise de vomissements verdâtres, puis de tous les symptômes qui font redouter une hémorrhagie interne : pâleur excessive de la face ; lypothimie, sueurs, refroidissement, pouls imperceptible ; l'*ergotine* est administrée en injections sous-cutanées.

Le doute était ici légitime. Comme le dit M. le Dr Jousset, le mouvement fébrile intense, franchement rémittent, avec les frissons, et persistant malgré le *sulfate de quinine*, était bien le signe d'une suppuration. Aussi est-ce contre la suppuration que, dès le début, j'aurais dirigé le traitement. La douleur très vive au niveau de la fosse iliaque droite, s'étendant jusqu'à la symphise sacro-iliaque, la douleur profonde à l'aîne et à la cuisse droites, pouvaient faire penser à une psoïte. Il est vrai que l'attitude de la cuisse et de la jambe droites n'ont pas été notées. L'apparition de la tumeur à la fosse iliaque gauche, était bien propre à augmenter tous les doutes ; mais, après sa disparition, les symptômes restent les mêmes à droite, la supposition de l'abcès profond ou de la psoïte restait plausible. C'est pourquoi, je le répète, j'aurais insisté, comme mon confrère le Dr Jousset, sur l'administration du *sulfate de quinine*, mais plus que lui sur l'administration de l'*arsenic*, de l'*aconit*, surtout de la *colocynthis*. Enfin, j'aurais pensé à la *belladone*, à la *cantharis*, et, en somme, je ne crois pas que le traitement ainsi dirigé eût eu un meilleur résultat que le sien.

Au point de vue pathogénique cette observation n'est pas moins obscure.

D'où vient cette pelvi-péritonite suppurée. C'est par des vomissements sans efforts qu'elle débute ; dès le 22 novembre apparaît la douleur de la fosse iliaque et de la cuisse droites, précisément le jour où la malade a son époque pour la dernière fois.

On ne peut donc attribuer la maladie ni à la suppression de l'époque, ni à sa cessation brusque. En l'absence de tout renseignement précis sur les antécédents, force est de recourir aux causes banales : fatigue, refroidissement. Je ne me rappelle qu'un cas de pelvi-péritonite chez une jeune fille. Là, l'hésitation n'était pas possible ; l'époque, très abondante habituellement, avait été brusquement supprimée le second jour, à la suite d'un refroidissement.

La clinique de M. le Dr Jousset étant très étendue, je n'ai pas l'intention de discuter chacune de ses observations comme je viens de discuter la première. Je ne veux m'arrêter que sur deux points, l'un de thérapeutique, l'autre de pathologie et de thérapeutique, à propos des deux observations suivantes.

Dans l'observation II, il s'agit d'une fièvre typhoïde de forme commune putride. Le délire a été très précoce ; il a paru dans la nuit du 5^e au 6^e jour. Il a été combattu successivement par la *belladone* et le *stramonium*. Il y a bien longtemps que j'ai employé le *sulfate de quinine* contre le délire précoce : la première fois, comme assistant du Dr Cabarus, et je crois avoir rappelé sommairement, sinon *in extenso*, l'observation de la jeune malade chez qui le délire

s'était manifesté dès le 3^e ou 4^e jour d'une fièvre typhoïde. Il céda immédiatement après l'administration du *sulfate de quinine* et la maladie suivit dès lors une marche régulière et assez bénigne. Dans plusieurs autres circonstances le *sulfate de quinine* m'a donné le même résultat favorable. Une seule fois, chez le fils d'un de mes meilleurs amis, j'eus la douleur de voir le délire persister et la maladie emporter rapidement le malheureux jeune homme en pleine ataxie.

Chaque fois que je reviens sur ce sujet, je me plais à rappeler que c'est notre bien regretté confrère, le Dr Huvey, qui, en 1869, m'a indiqué le *sulfate de quinine* comme éminemment propre à régulariser les fièvres éruptives et la fièvre typhoïde à marche anormale dès le début. Dans le cas de l'observation II de notre confrère, le Dr Jousset, je n'eusse pas hésité à prescrire le *sulfate de quinine* dès le début du délire. Peut-être le succès n'eût-il pas répondu, sinon à mon attente, du moins à mon espérance. Mais, dans les formes graves de la fièvre typhoïde, ataxique ou putride (et, pour moi la fièvre typhoïde de l'observation II est en même temps ataxique et putride), dans les formes graves de la fièvre typhoïde, dis-je, les succès sont si rares que, n'en obtint-on que quelques-uns, on aurait encore à s'en féliciter.

Dans l'observation III la fièvre typhoïde n'est pas douteuse. L'ostéite aiguë qui marque la convalescence est assez fréquente ; M. le Dr Siredey a publié récemment sur ce sujet un travail dont je n'ai eu connaissance que par une analyse très succincte. Je

reviendrai sur ce sujet dans la clinique que je prépare sur un trimestre de 1882. Sur trois fièvres typhoïdes que j'ai eues à soigner dans ce trimestre, l'une a présenté tout à la fin de la convalescence des points très nombreux d'ostéites qui n'ont pas abouti à la suppuration. J'ai administré l'*argentum* ; mais je n'en ai pas obtenu des effets très appréciables, à moins qu'il ne faille lui attribuer la résolution très lente de l'ostéite dans les différents points affectés ; car cette résolution n'est pas encore entièrement terminée aujourd'hui.

Je serai très bref maintenant sur quelques-unes des autres observations. Dans la IV^e, M. le Dr Jousset a mis en évidence l'action salutaire du *tartarus emeticus* à la 1^{re} trituration décimale, vingt centigrammes en vingt-quatre heures, dans le catarrhe suffocant. A propos de la pleurésie rapportée de la page 418 à la page 421, et dont la guérison a été obtenue au onzième jour, M. le Dr Jousset s'exprime ainsi : « En résumé, la guérison a été très prompte, et je doute que les vésicatoires et les purgatifs puissent jamais en présenter une semblable. » J'aurais été plus affirmatif que notre confrère. Il est certain, pour moi, que s'il est une maladie où la supériorité du traitement homœopathique sur les traitements dérivatifs, évacuants, hyperthénisants, et même antiphlogistiques, soit incontestable, c'est la pleurésie.

Dans l'observation de typhlite rapportée à la page 421, le diagnostic n'est pas moins remarquable que le succès du traitement. Pour mon compte, je n'ai jamais obtenu de la *belladone*, de la *cantharis*, de

l'*apis* et de la *colocynthis* que j'emploie habituellement dans la pérityphlite, une guérison aussi prompte, c'est-à-dire au 5^e jour du traitement. Tout récemment j'ai employé la *bryone* à la 3^e dilution, comme le Dr Jousset, et même, je dois le dire, à la teinture mère, sans obtenir le moindre résultat. Enfin, en ce qui regarde l'action de la *belladone* à la 30^e, sur l'iritis syphilitique, M. le Dr Jousset n'est pas parvenu à forcer ma conviction. Je vois bien que la *belladone* associée au traitement hydrargyrique a eu raison de l'iritis. M. Jousset reconnaît lui-même que c'est là une objection sérieuse contre l'action indépendante de la *belladone*. Je vois bien que du 29 novembre au 3 décembre, on administre la *belladone* avec le *sulfure rouge de mercure* ; que le 6 décembre on remplace le *sulfure rouge* par le *corrosif* et qu'on suspend la *belladone* ; que, le 7 décembre, l'œil est redevenu plus rouge ; que du 7 au 12 on prescrit la *belladone* 3^e et que l'œil reste dans le même état ; que du 13 au 16 on prescrit la *belladone*, 6^e, mais en même temps trente centigrammes de la première décimale d'*hydrargyrum proto-iodatum* ; que l'amélioration se prononce en 24 heures ; qu'elle s'accroît à partir du 16, la *belladone* étant administrée à la 30^e, mais en même temps le *proto-iodure* porté à cinq décigrammes de la première décimale ; je vois bien tout cela ; mais je ne vois nullement l'aggravation subite lorsqu'on a essayé de suspendre la *belladone*. Il y a simplement un peu plus de rougeur le 7 après la suspension de la *belladone*. Du 7 au 12 état stationnaire, malgré l'administration de

la *belladone* seule à la 3°. Le 16, après une amélioration amenée en 24 heures, soit par le *proto-iodure*, soit par la *belladone* 6°, soit par leur association, il y a, à deux reprises différentes, une exacerbation violente des douleurs ; faut-il attribuer cette aggravation ou à la *belladone* 6° ou au *proto-iodure*, ou à leur association ? Mais alors, comment la *belladone* 3° n'a-t-elle pas produit une aggravation semblable ou au moins plus forte du 7 au 12 ?

Comment le *proto-iodure* 1/10, à trente centigrammes produit-il cette aggravation, alors qu'à cinquante centigrammes, associé il est vrai à la *belladone* 30°, non seulement il ne la produit plus, mais même il amène une amélioration sérieuse ?

Enfin, si la *belladone* 3° ne produit pas d'aggravation et si la *belladone* 6° en produit une violente, comment n'en produit-elle pas une plus forte à la 30° ? Les aggravations par les doses infinitésimales commencent-elles à la 6° pour ne s'arrêter qu'à la 30° ?

Je ne cherche pas ici une vaine chicane à mon excellent ami le D^r Jousset. Je veux seulement montrer où on arrive lorsqu'on ne tient pas compte de la marche naturelle de la maladie, des dates auxquelles les effets des médicaments se sont produits, et qu'en un mot on attribue aux médicaments tous les changements survenus en bien ou en mal au cours d'un traitement, au lieu de les attribuer soit à la maladie elle-même, soit à toutes les conditions variables où se trouve le malade. On en arriverait, à ce compte, comme je l'ai déjà fait remarquer maintes fois, à considérer comme fâcheux les résultats du traitement de

l'amygdalite la plus simple, par la *belladone*, le *solubilis*, dans les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures, à plus forte raison du traitement de l'esquinancie par le *lachesis* tant que la suppuration ne s'est pas fait jour.

Mon excellent confrère, le Dr Jousset et vous tous, messieurs, vous ne verrez dans l'étendue de ces remarques, je l'espère, qu'une preuve de l'intérêt que j'ai pris à sa clinique, de la déférence que j'ai pour ses opinions, du désir que j'ai de les partager et du regret que j'éprouve lorsque je ne puis les accepter entièrement.

M. JOUSSET. — La malade dont il est question dans la première observation a présenté, je dois le dire, des symptômes d'une interprétation assez obscure et le diagnostic, même après l'autopsie, n'a pu être établi d'une façon satisfaisante.

La tumeur qu'on sentait dans la fosse iliaque gauche et qui avait le volume d'une orange a rapidement augmenté et présentait au bout de quelques jours le volume d'une tête de fœtus ; en même temps l'inflammation se propageait derrière l'utérus et un épanchement considérable se produisait. Le toucher, qui n'a été pratiqué que tardivement, ne m'a d'ailleurs fourni que peu de renseignements. Le collapsus des derniers jours m'a également induit en erreur et c'est la pensée d'une hémorrhagie interne qui m'a fait prescrire les injections d'*ergotine* qui étaient parfaitement inutiles.

Dans l'observation II c'est bien d'une fièvre typhoïde à forme putride qu'il s'agissait. Les formes de la

fièvre typhoïde sont parfois difficiles à distinguer. Ici on pouvait établir le diagnostic en tenant compte des symptômes suivants : longueur des prodromes, chaleur fébrile très grande et prématurée, prostration très grande s'accompagnant d'évacuations involontaires, tympanite considérable, ce dernier symptôme est très important dans la forme putride de la fièvre typhoïde. La ponction de l'intestin est très utile dans ces cas et amène ordinairement un soulagement considérable.

Quant à la *belladone* que j'ai administrée à la malade atteinte d'iritis syphilitique, je n'ai pas dit que ce médicament à la 3^e dilution avait amené une aggravation ; j'ai constaté seulement que cette dilution n'avait pas aussi bien réussi que la 30^e. A cette question que me pose M. Cretin : est-ce à la *belladone* ou au *mercure* qu'on doit attribuer la guérison ? je crois pouvoir répondre que c'est bien la *belladone* qui a eu un effet curatif, car l'iritis n'est pas en général aussi vite modifié par le *mercure*. D'ailleurs, chez cette malade, en cessant l'usage de la *belladone*, j'ai vu l'iritis revenir et j'ai dû administrer de nouveau le médicament.

M. TESSIER. — Je pense comme le Dr Jousset que la *belladone* 30^e dilution est efficace contre l'iritis syphilitique, il me semble même que le Dr Jousset a donné dans certains cas la 200^e avec succès.

A propos de la fièvre typhoïde à forme putride, il y a deux médicaments dont on n'a pas parlé et qui peuvent être utiles dans cette grave affection, ce sont le *gelseminum semperv.* et le *veratrum viride*.

M. FRÉDAULT père. — En lisant la clinique du Dr Jousset, il m'a semblé qu'il avait laissé la rédaction des observations telle qu'elle a été faite par l'interne. J'ai bien longtemps hésité à toucher aux observations, croyant d'abord qu'il était préférable de les laisser avec leur forme primitive ; mais je pense maintenant qu'il vaut mieux les revoir, les corriger et les compléter.

Je ne parlerai pas de la première observation, car j'avoue que je n'ai que vaguement compris la maladie dont il s'agissait.

Quant à la fièvre typhoïde, je pense comme M. Jousset qu'il existe bien réellement une forme putride de cette maladie, bien différente de la forme ataxique rapide ou lente, décrite par Huxham. Dans cette forme putride le *sulfate de quinine* ne donne pas de bons résultats, mais il y a un médicament qui m'a rendu grands services, c'est le *muriatis acid*. Je le crois supérieur à tous les autres médicaments indiqués en pareil cas.

La séance est levée.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES (SERVICE DE M. LE Dr GABALDA).

(Suite).

OBSERVATION V. — *Arthrite blennorrhagique*.

Mlle... 19 ans, blanchisseuse. Entrée le 28 août, sortie le 7 décembre. Lit n° 9.

Blennorrhagie antérieure datant de trois semaines environ (mal soignée). En ce moment la malade tache encore son linge, mais l'écoulement tend à se supprimer : il y a huit jours environ la malade s'est plaint d'une légère douleur dans l'épaule droite, mais qui n'a pas persisté ; en ce moment elle accuse une vive souffrance dans le pied gauche : il y a de la rougeur avec gonflement et sensibilité extrême (région tarsienne). L'état général est assez bon, la langue un peu blanche seulement, l'appétit conservé. Un peu de fièvre chaque soir, et quelques sueurs la nuit.

Le 29 août. — Temp.s. 38. *Acon.* T. M. et *Bryon.* 3.

Le 30 août. — Pas de fièvre ce matin ; mais la malade a beaucoup souffert cette nuit ; le pied est très rouge. Même traitement. Piqûre de morphine le soir.

Le 31 août. — Même état, même traitement.

Le 1^{er} septembre. — Les douleurs sont toujours vives surtout la nuit ; le gonflement semble encore augmenter, la température atteint 38.5 chaque soir, sans fièvre au matin. *Salicylate de soude* 1^{re} trit. décim. 1 g. Piqûre de morphine.

Le 3 septembre. — La douleur est un peu moins vive, mais la malade ne doit toujours son sommeil qu'à la morphine. Même traitement.

Le 4 septembre. — La journée précédente a été un peu plus mauvaise. *Salicylate de soude* 1^{re} décim., 2 grammes.

Le 6 septembre. — La température ne dépasse plus 38. Les nuits sont plus calmes ; le gonflement semble avoir diminué. Même traitement.

Le 8 septembre. — Les douleurs ont assez diminué pour permettre d'abandonner les piqûres de morphine. Par ailleurs, même traitement.

Le 11 septembre. — Le pied est toujours douloureux à la pression, mais le gonflement a beaucoup diminué ; les nuits continuent d'être plus calmes. Même traitement auquel on adjoint une légère compression au moyen du bandage ouaté.

Le 14 septembre. — La malade supporte assez bien les compressions les premiers jours, mais les douleurs ont repris assez vives cette nuit. *Bryonia* 3, seulement.

Le 16 septembre. — Les douleurs sont de plus en plus vives : élancements surtout la nuit. Même traitement.

Le 18 septembre. — Même état. *Ruta* 3.

Le 21 septembre. — Les douleurs semblent un peu moins vives. On revient à la compression légère, après avoir badigeonné le pied avec la teinture d'iode. *Ruta* 3.

On continue ce dernier traitement jusqu'au 5 octobre. La malade semble s'en bien trouver, les nuits sont bonnes, l'appétit est revenu, la fièvre est tombée, la rougeur a presque disparu ; un peu d'empâtement, sorte d'œdème de la région du tarse reste encore à la malade. La douleur est si peu vive que depuis quelques jours la malade peut se lever en appuyant son pied sur une chaise.

Le 6 septembre. — Chute à la suite de laquelle les accidents reprennent.

Bryone 3, pendant trois jours produit un assez

bon effet sur les douleurs très vives en ce moment.

Du 9 au 20 octobre. — *Caustic.* 6 ; plus une pommade avec *caustic.* 6, 1 gr.; axonge, 30 gr.

Du 20 au 28 octobre. — *Argentum oxydat.* 3^e trit. 0,20.

Le 28 octobre. — L'arthrite est définitivement passée à l'état chronique et les médicaments n'ont qu'une faible action sur elle. La douleur est toujours moins vive, et semble même disparaître à certains jours ; il reste une grande raideur des articulations, avec gonflement œdémateux de toute la région du tarse. *Kali iodur.* 1^{re} trit. 0,25, jusqu'au 3 novembre.

Puis *Myrica cerifera* 3^e dil. (D^r Ozanam), du 3 au 20 novembre... Action non douteuse mais insuffisante.

Enfin *Asa fætida*, 3^e dil., jusqu'à la sortie le 7 décembre, où la malade quitte l'hôpital améliorée, mai non guérie.

OBSERVATION VI. — *Synoque.*

Mlle... 30 ans, domestique. Entrée le 5 septembre, sortie le 21 septembre. Chambre I.

Perte d'appétit et de sommeil depuis 15 jours. Courbature générale : céphalalgie, pas de gargouillement, ni d'épistaxis, ni de diarrhée.

Le 5 septembre. — Temp. s. 39.4. *Baptisia* 1^{re} dil. décim. X gouttes.

Le 6 septembre. — Temp. m. 38.1 et s. 39.1. Langue jaunâtre ; bouche mauvaise. Même traitement.

Le 7 septembre — Temp. m. et s. 38.8. Insomnie.

persiste avec perte d'appétit, mais toujours ni taches, ni diarrhée. Même traitement.

Le 8 septembre. — Temp. s. 38.6. La malade a dormi cette nuit.

Le 9 septembre. — Temp. m. 37.6, s. 39.2. Un peu de diarrhée hier (2 selles); mais la langue est moins sale, la céphalalgie moins accusée. Même traitement.

Le 11 septembre. — La température du soir n'est plus que de 38.2. La diarrhée s'est arrêtée hier 10; la langue est belle, le sommeil bon, l'appétit revient, la convalescence est dès lors assurée.

Potages et œufs. On continue *Baptisia* jusqu'au 16, après quoi on supprime tout traitement, la malade ayant recommencé à manger et à se lever comme à l'ordinaire.

OBSERVATION VII. — *Fièvre typhoïde.*

Mlle... 28 ans, religieuse. Entrée le 28 septembre. N'habite Paris que depuis le mois de juin dernier. Souffrante depuis 3 semaines, alitée depuis 6 jours. Fosse iliaque très douloureuse: beaucoup de diarrhée, épistaxis au début, douleur occipitale très vive; soubresauts des tendons; agitation la nuit, mais pas de délire, pas de taches.

Le 28 septembre. — Temp. s. 40.5. *Belladon.* 3.

Le 29 septembre. — Temp. m. 40.3 et s. 40.6. Beaucoup de diarrhée. *Belladon.* 3 et *muriatis acid.* 3. une lotion.

Le 30 septembre. — Temp. m. 40 et s. 40.5. Nuit très agitée, apparition du délire; céphalalgie très vive avec cris. Même traitement. 2 lotions.

Le 1^{er} octobre. — Temp. m. 40.4 et s. 40.6. La malade a laissé aller sous elle cette nuit ; douleur assez vive le long de la colonne vertébrale, pas de crampes ni de convulsions ; langue très sèche. Même traitement. 2 lotions.

Le 2 octobre. — Temp. m. 40 et s. 40.7. Même état. Même traitement.

Le 3 octobre. — Temp. m. 39.9 et s. 40.7. Selles toujours involontaires ; délire continu. Pas de taches. Même traitement. 3 lotions.

Le 4 octobre. — Hypéresthésie très manifeste, hallucinations, plaintes continuelles, diarrhée toujours abondante. *Phosphorus* 6.

Le 5 octobre. — La température reste élevée, 40.4 le s. en dépit des lotions. Nuit très mauvaise, a crié, sensibilité toujours très grande (rég. occipitale et vertébrale). Continuer traitement. *Sulfate de quinine* 0 gr. 75 en potion.

Le 6 octobre. — Sueurs profuses, respiration de Cheyne-stokes, tremblements musculaires, déglutition pénible même pour les liquides. Même traitement. Décédée dans la nuit.

OBSERVATION VIII. — *Fèvre typhoïde.*

Mlle... 18 ans. Entrée le 9 octobre, sortie le 25 novembre. Lit n° 1.

Apparition des premiers symptômes le 27 septembre. Céphalalgie, insomnie, une épistaxis.

Régions de la fosse iliaque droite et de la rate douloureuses.

Un peu de diarrhée avant d'entrer. Pas de taches, grande faiblesse.

Le 10 octobre. — Temp. m. 39.5 et s. 40.4. Anémie profonde, (souffle à la base), prostration. *Sulfate de quinine* 0 g. 60, alcool.

Le 11 octobre. — Temp. m. et s. 39. Pas de diarrhée depuis l'entrée ; langue plus sale ; insomnie. Même traitement.

Le 13 octobre. — Temp. m. et s. 39. La fièvre persiste ; le souffle du cœur gagne en étendue et est plus rude, le pouls est très faible ; *sulfate de quinine* 0,60 et *phosphorus* 6.

Le 14 octobre. — Temp. m. 38.6 et s. 39.2. La température reste élevée malgré le traitement au *sulfate de quinine* : un peu de diarrhée. *Phosphorus* 6, seul, alcool.

Le 16 octobre. — Temp. m. 38 et s. 39.2. Le pouls est meilleur, et la malade est moins prostrée ; la diarrhée n'a pas continué ; quelques taches. Même traitement.

Le 19 octobre. — Temp. m. 38.2 et s. 40.5. Le ventre est moins douloureux ; par ailleurs la malade continue d'aller un peu mieux. Nouvelles taches. *China*, T. M.

Le 22 octobre. — Temp. m. 38 et s. 39.5. Ventre gonflé et toujours très douloureux ; pas de diarrhée, mais vomissements dans la nuit avec coliques ; pouls 96. *Colocynthis*, 1^{re} dil.

Le 23 octobre. — Frissons violents dans la journée. Temp. s. 40.6. Pas de selles. Même traitement.

Le 24 octobre. — On donne le *sulfate de quinine* 0 gr. 75 le matin. Débâcle à la suite de lavements, (pas de sang dans les selles). Ventre un peu moins douloureux. Temp. s. 39.5. Pas de frissons.

Le 25 octobre. — Pas de *quinine*. Nouveaux vomis-

sements poracés dans le jour ; nouveaux frissons vers 4 h. s. Temp. 39.9. *Metall. alb.* 3^e trit.

Le 26 octobre. — On revient à *quinine*. Pas de fièvre ni le matin, ni le soir.

A partir de ce jour les frissons ne sont pas revenus ; 3 jours de fièvre encore, puis la malade est entrée en convalescence : les douleurs ont disparu avec le ballonnement du ventre ; le sommeil et l'appétit sont revenus. Dès le premier novembre la malade a repris à manger ; elle a pu se lever vers le 10 novembre.

Comme traitement : *Metall. alb.* 3^e trit. du 27 octobre au 10 novembre, puis *nux vomica* 30, pendant une dizaine de jours.

OBSERVATION IX. — *Phlébite (suite de couches)*.

Mme... 34 ans, lingère. Entrée le 12 octobre, décédée le 31 octobre. Lit n° 2.

Accouchée le 26 août dernier. (Perte de sang, leucorrhée.) Début de la phlébite le 8 octobre.

Le 13 octobre. — Temp. s. 40.3. La jambe est très gonflée ; la douleur modérée ; la femme est pâle, affaiblie, mais nullement inquiète. *Solubilis* 6.

Le 14 octobre. — Temp. m. 39 et s. 39.6. Cataplasmes sur tous les membres. *Aconit*, T. M. et *solubilis* 6.

Le 15 octobre. — Temp. m. 39 et s. 39.4. Grand frisson dans le jour. Même traitement.

Le 16 octobre. — Temp. m. 39 et s. 40.3. On donne le *sulfate de quinine* le matin, 0 gr. 75. Frissons répétés tous les jours, mais petits.

Le 17 octobre. — Temp. m. 38.6 et s. 40. La malade a éprouvé une grande oppression toute la nuit ; douleurs angoissantes dans la région précordiale ; à

l'auscultation on trouve une plus grande rudesse des bruits avec bruit de galop. *Aconit*, T. M. XX gouttes (D^r Jousset).

Le même état et même traitement les 18 et 19 octobre.

Le 20 octobre. — Temp. m. 38.6 et s. 40. La malade se trouve un peu mieux, mais les symptômes de l'endocardite s'accroissent plutôt. Puls. 120. La jambe gauche diminue ; mais la jambe droite est un peu gonflée depuis hier. *China* 6^e dil. 11 gouttes, et *aconit*, T. M., la nuit.

Le 22 octobre. — Puls. 108. Temp. m. 38.5 et s. 40.7. L'état général s'est aggravé, la malade s'affecte beaucoup ; elle a peine à digérer même le lait : le sommeil est nul, l'oppression persiste et s'accompagne de frissons et de sueurs froides. Les bruits du cœur sont de plus en plus rudes (en plus piaulements), la jambe droite a encore augmenté de volume. *Aconit* 1^{re} trit. décim., 0 gr. 25 cent.

A partir de ce jour, l'état de la malade va s'aggravant rapidement. Il y a phlébite double, le caillot ayant envahi la veine cave inférieure et remontant assez haut dans le ventre. L'oppression fait chaque jour des progrès : la malade qui depuis plusieurs jours ne digérait plus que le lait coupé, est prise de vomissements incoercibles à partir du 27. La face est grippée, les urines rares, le pouls de plus en plus faible, et, après une lente agonie, la malade succombe le 31 octobre, en dépit de tous les efforts pour enrayer le mal. Du 25 octobre au 30, la malade prenait en plus de son *aconit* le *lachesis* 6^e dilution.

OBSERVATION X. — *Fièvre typhoïde.*

Mlle... 18 ans. Entrée le 4 octobre, sortie le 17 novembre. Lit n° 4.

Mal en train depuis 15 jours, purgée le 1^{er} octobre, diarrhée depuis.

Pas d'épistaxis, ni de gargouillement.

Le 4 octobre. — Temp. m. 39 et s. 40.5. *Baptisia* 1^{re} décim.

Le 5 octobre. — Temp. m. 39 et s. 39.5. Sensibilité exagérée de la fosse iliaque droite. Diarrhée modérée. Même traitement.

Le 6 octobre. — Temp. m. 38.5 et s. 39.4. Le ventre est plus douloureux et la diarrhée augmente (5 à 6 selles). Un peu plus d'agitation la nuit. On n'a pas observé de taches. *Muriatis acid.* 3.

Le 10 octobre. — Temp. m. 37.7 et s. 39.8. La diarrhée diminue (2 à 3 selles) et le ventre est bien moins douloureux, la langue est moins sèche; les nuits meilleures. Même traitement.

Le 14 octobre. — Temp. m. 37.8 et s. 39.2. Amélioration sensible; la langue se déterge; la diarrhée se supprime. *China*, T. M., potages.

Le 16 octobre. — La diarrhée reprend un peu et l'on doit revenir au *muriatis acid.* jusqu'au 20 octobre; mais à partir de ce jour la convalescence est assurée; en effet, le sommeil est bon, et la malade recommence à manger (pas de *febris carnies*).

Metall. alb. 3^e trit. du 20 octobre au 5 novembre, puis *china* 3 jusqu'à la sortie.

OBSERVATION XI. — *Fièvre typhoïde avec rechute.*

Mlle... 20 ans. — Entrée le 2 octobre, sortie le 29 novembre. Chambre I.

U O R

Alitée depuis le 30 septembre. Purgée 3 jours avant d'entrer.

Langue jaunâtre. Pas d'épistaxis, ni de taches, pas de gargouillement dans la fosse iliaque; un peu de sensibilité seulement à la pression.

Le 3 octobre. — Temp. s. 40. Diarrhée modérée (2 garde-robes). *Baptisia* 1^{re} décim.

Le 4 octobre. — Temp. m. 39.5 et s. 40.8. Nuit agitée. Souffre davantage de l'estomac et de la tête. Même traitement, lotions.

Le 5 octobre. — Temp. m. 39.2 et s. 40.5. Quelques taches. Même traitement.

Le 6 octobre. — Temp. m. 40.5 et s. 40.7. Malgré 3 lotions par jour.

On donne le *sulfate de quinine* à la dose de 0 g. 75 par jour (en potion du 6 au 12 octobre). Moins de fièvre, mais la température reste toujours assez élevée. Embarras gastrique extrême; un peu de délire la nuit.

Le 12 octobre. — La malade est prise d'un érysipèle de la face qu'on traite avec succès par le *china* T. M., 1 à 2 gram. par jour.

Le 17 octobre. — La desquamation commence: il reste à la malade du délire, une grande prostration. *Metall. alb.* 3 et *belladone* 3.

Le 20 octobre. — La fièvre diminue (p. 80, temp. m. 38); la diarrhée se supprime; mais la malade est toujours très agitée la nuit; elle se plaint du creux épigastrique et vomit facilement depuis quelques jours. Un peu de mieux cependant. *Metall. alb.* 3^e trit.

Le 24 octobre. — Presque plus de fièvre; un peu moins de prostration, nuits meilleures, mais quintes

de toux fatigantes depuis quelques jours. *Drosera* 3 et *metall. alb.* 3.

Le 28 octobre. — Il n'y a plus de toux, et la malade semble définitivement entrer en convalescence, elle se remet lentement toutefois ; l'appétit surtout ne veut pas revenir, la langue reste sale assez longtemps encore, et les vomissements reviennent plusieurs fois. *China T. M.* à partir du 23 octobre.

La malade avait commencé à se lever et semblait complètement guérie, quand elle a une légère rechute vers le 17 novembre.

Rechute. — Dans la nuit en effet la malade est prise de coliques très vives avec vomissements bilieux abondants. Les yeux sont cerclés de noir, les extrémités encore refroidies, la courbature extrême lorsqu'on voit la malade au lendemain matin ; le pouls est petit, peu vite (90 puls.) malgré une température de 39°. La douleur est vive dans la région du foie et surtout au voisinage de la vésicule biliaire, le teint est subictérique au début ; mais on observe un ictère franc les jours suivants.

Tous ces symptômes cèdent assez facilement devant le traitement institué pendant une huitaine de jours avec *digitalis* 12 et *chamomilla* 3.

OBSERVATION XII. — *Fièvre typhoïde.*

Mlle ... 22 ans. Entrée le 5 novembre, sortie le 18 décembre. Lit n° 3.

Pas de maladies antérieures. Habite Paris depuis un an seulement.

Mal en train depuis le 27 octobre ; a pris le lit le 3 novembre.

Pas d'épistaxis, mais céphalalgie avec vertiges.

Gargouillement ; un peu de diarrhée depuis deux jours. Tympanisme.

Langue sale, rouge à la pointe. Pas encore de taches.

Le 5 novembre. — Temp. m. 39.5 et s. 39.1. *Baptisia* 1^{re} décim.

Le 7 novembre. — Temp. m. 38.5 et s. 40. La diarrhée est modérée (2 à 3 selles), les nuits assez bonnes, le ventre est toujours ballonné, mais plutôt moins douloureux. Il n'y a pas de taches. Même traitement auquel on joint les lavements froids.

Le 9 novembre. — Temp. m. 39 et s. 39.5. Les taches commencent à paraître, la diarrhée augmente (5 selles), les nuits sont plus agitées : céphalalgie occipitale assez vive. On donne *belladone* 3 et *muria-tis acid.* 3.

Le 11 novembre. — Il y a un peu moins de céphalalgie ; par ailleurs même état. La température est un peu moins élevée (le 10 novembre 40.2 le soir, et le 11, 40.3). On a recours au *sulfate de quinine*, 0g.50 pendant 4 jours.

Le 15 novembre. — Il y a un peu moins de fièvre le soir (39 à 39.5). Le matin la température atteint seulement 37.5. Par contre la malade recommence à se plaindre de la tête. On revient à *belladone* 3.

Le 18 novembre. — La malade va beaucoup mieux. Il n'y a plus de diarrhée, beaucoup moins de céphalalgie, les oscillations sont plus grandes entre les températures du matin et du soir. *Chinin. sulfuri-cum* 2^e trit. 0,20 et *belladone* 3.

Le 21 novembre. — La constipation a remplacé la diarrhée, les nuits sont bonnes, la langue se déterge et la malade demande à manger. *Chinin. sulf.* 2^e trit. 0,20 seul. Potages et œufs.

Le 30 novembre. — La malade qui avait repris à manger comme à son ordinaire et se levait depuis quelques jours, éprouve un frisson dans la journée. La température est de 38.5 ; en même temps le ventre est douloureux. On donne *aconit* T. M. jusqu'au 2 décembre. La fièvre avait cessé complètement, la diarrhée n'était pas revenue, mais au contraire la constipation persiste. On donne *nux vomica* 12 jusqu'à la sortie.

OBSERVATION. XIII. — *Fièvre typhoïde.*

Mme... 38 ans, brocheuse. Entrée le 10 novembre, sortie le 13 décembre. Lit n° 4.

Soignée depuis 15 jours en ville pour une pneumonie. A eu un vésicatoire à gauche.

En ce moment on trouve des râles de bronchite disséminés dans les deux poumons ; la respiration est un peu soufflante en arrière et à gauche, et il y a de la submatité.

Le 10 novembre. — Temp. s. 40. *Ipeca* 3 et *bella-done* 3.

Le 11 novembre. — Temp. m. 38.4 et s. 38.7. La malade a déliré toute la nuit. Elle laisse aller sous elle (beaucoup de diarrhée). Ventre sensible (surtout fosse iliaque droite). Faiblesse extrême ; langue très sèche ; soif vive. *Metall. alb.* 2° trit. et *ipeca* 2° triturat.

Le 12 novembre. — Temp. m. 37.2 et soir 38.8 Il y a peut-être un peu moins de délire. Les râles diminuent à peine. La diarrhée persiste toujours aussi abondante. *Gelseminum* 1^{re} décim. et *ipeca* 2° trit.

Le 15 novembre. — Temp. m. 37.5, et s. 37.3. La malade est plus réveillée ; il y a moins de diarrhée

et moins de râles de bronchite ; mais la toux est toujours opiniâtre et la faiblesse extrême. *Gelsemium* T. M. et *phosphorus* 6.

Le 20 novembre. — Il y a eu recrudescence de fièvre les 2 jours précédents, mais il y en a déjà moins. En tous cas la malade se sent beaucoup mieux et demande même à manger. *Tart. emet.* 2^e trit. 0,20.

Le 22 novembre. — La malade se plaint d'un point de côté à gauche (il n'y a pas eu de frisson). Auscultation négative. On donne la *bryone* 3 pendant deux jours.

Le 24 novembre. — L'auscultation ne nous apprend rien de plus à gauche : on trouve seulement les mêmes râles de bronchite et encore bien moins nombreux qu'au début ; d'ailleurs le point de côté a à peu près disparu. A droite on trouve plutôt quelques signes de broncho-pneumonie : râles très fins avec bronchophonie. Toux opiniâtre. *Bryon.* 3 et *phosphorus* 12.

Le 29 novembre. — Il n'y a plus de fièvre et la malade reprend chaque jour un peu de forces. Il y a beaucoup moins de râles à l'auscultation, mais la toux persiste avec expectoration difficile. *Tartarus emetic.* 2 trit. 0,20, du 29 novembre au 4 décembre ; puis *kermès* 1^{re} trit. 0,10 jusqu'au 10 décembre, modifie heureusement cet état. Il n'y a plus de râles à cette époque, et la malade n'a plus que quelques quintes de toux rares s'accompagnant d'un picotement dans la gorge. *Drosera* 6 l'en débarrasse d'ailleurs assez facilement et la malade sort complètement guérie le 13 décembre.

OBSERVATION XIV. — *Fièvre typhoïde.*

Mlle... 17 ans, lingère. Entrée le 17 novembre, sortie le 14 janvier. Lit n° 6.

A perdu l'appétit et se sent courbaturée depuis une dizaine de jours.

Pas d'épistaxis.

Alitée depuis 2 jours seulement. Purgée à cette même date : diarrhée depuis.

Un peu de sensibilité de la fosse iliaque, sans gargouillement.

Le 18 novembre. — Temp. m. 39.1, et s. 40.2. *Baptisia* 1^{re} décim. Lavements froids.

Le 21 novembre. — Temp. m. et s. 40.2. Il y a un peu plus de diarrhée (4 selles) ; le ventre est plus douloureux, la malade plus irritable. On voit paraître quelques taches. La température est restée très élevée chaque soir depuis l'entrée avec peu de rémission matinale. On donne *sulf. de quinine* 0 gr. 50, 3 lotions.

Même traitement jusqu'au 25 novembre. Il semble que la fièvre soit moins vive; en tous cas les écarts de température m. et s. sont plus grands. La diarrhée augmente toujours (5 à 6 selles) et le ventre est très douloureux. Belle éruption. *Muriatis acid.* 3^e dil. du 25 novembre au 27.

Le 27 novembre. — La température remonte chaque soir, on donne en plus du *muriatis acid.*, le *sulfate de quinine* 0 gr. 30 jusqu'au 1^{er} décembre.

Le 1^{er} décembre. — Il y a une chute de la température qui tombe à 37.2. La malade va mieux depuis quelques jours ; les nuits sont beaucoup plus calmes, et la diarrhée a diminué sensiblement. *Muriatis acid.* 3^e dil. seul.

Le 4 décembre. — La malade qui avait beaucoup

moins de fièvre, est prise d'un violent frisson vers le matin qui fait monter la température à 40.4. Léger point de côté : râles de bronchite. *Ipeca 6 et bryon. 6.*

Le 5 décembre. — Nouveau frisson. On trouve des râles sous-crépitaux très abondants (poumon droit). La diarrhée reprend. Même traitement. *Sulfate de quinine 0,50* le soir.

Le 6 décembre. — Pas de frissons. Temp. m. 38.6. Même traitement. Nouvelle dose de *quinine 0,50*.

Le 8 décembre. — Les frissons n'ont pas reparu. La fièvre tombe de nouveau. Il y a toujours une petite toux sèche revenant par quintes, mais on constate un mieux sensible à l'auscultation ; la diarrhée n'a pas continué. *Ipeca 6*, jusqu'au 15.

Le 15 décembre. — La fièvre semble vouloir revenir depuis quelques jours. La langue se déterge, mais l'appétit ne revient pas. La toux persiste aussi intense sans qu'on trouve rien pour l'expliquer à l'auscultation. *Metall. alb. 3° trit.*

Vers le 21 décembre. — Les frissons reprennent de nouveau la malade ; on doit pour triompher de ces accès du soir donner le *sulfate de quinine* cinq jours de suite à la dose de 0 gr. 75 et 1 gramme.

Enfin, le 26 décembre, la fièvre quitte définitivement la malade (il n'y a plus de toux). L'appétit est d'ailleurs revenu, mais la convalescence est pénible. Il reste toujours un peu de diarrhée pour laquelle on donne successivement et sans grand résultat le *Metall. alb. 6* jusqu'au 30, puis *corrosivus 3* du 30 décembre au 5 janvier.

Rheum. T. M. obtient ensuite plus de succès, et la malade peut enfin quitter l'hôpital assez bien remise, quoiqu'un peu faible encore vers le 14 janvier.

(A suivre.)

BANQUET

en l'honneur du 128^e anniversaire de la naissance
de Hahnemann.

Depuis bien longtemps la fête, que nous célébrons chaque année en l'honneur de Hahnemann, n'avait été aussi brillante que celle qui nous réunissait, le 20 avril dernier, au restaurant Notta. Le nombre des convives était si grand qu'il fallut les répartir dans deux salons. Les toasts furent également des plus réussis et le D^r *Gonnard*, qui ouvre la série, reçoit son tribut habituel d'applaudissements.

« Messieurs,

Le présent anniversaire nous réunit dans un sentiment à la fois pieux et confraternel. Nous rendons hommage à Hahnemann, au fondateur de l'homéopathie, au promoteur de la vérité au service de laquelle nous avons l'honneur d'être enrôlés. Et aujourd'hui toutes les divergences qui nous séparent, ou mieux toutes les nuances qui nous distinguent se fondent dans l'unité de la foi commune et du prosélytisme commun.

Cette solennité, qui est dans la tradition des médecins homéopathes, a un caractère particulier, bien

fait pour appeler l'attention. Hahnemann est le seul ancêtre dans la famille médicale auquel pareil hommage soit rendu. Nul maître n'est l'objet d'une semblable commémoration. Nulle nation n'honore ainsi un des grands médecins qui ont illustré les écoles. La vénération envers Hippocrate lui-même, le Père de la médecine, celui qui donna à notre science une constitution, qui formula la discipline de l'esprit médical ne pousserait pas l'archaïsme jusqu'à instituer en l'honneur de ce grand homme une solennité de ce genre. Hahnemann, je le répète, est le seul ancêtre médical qui ait ce privilège, privilège que la postérité reconnaissante ne laissera pas périmer. Pourquoi ce privilège ?

Serait-ce que le génie de Hahnemann dépasse de cent coudées la science de ses prédécesseurs ? L'esprit le plus sectaire ne risquerait pas une telle hyperbole. Car la famille médicale peut se glorifier d'avoir consacré à la recherche de la vérité, à la poursuite du bien une phalange nombreuse d'esprits éminents et de cœurs dévoués : énumérer tous ces noms constituerait une large tâche ; en citer quelques-uns seulement serait d'un arbitraire facilement injuste.

Est-ce que ce culte rendu à Hahnemann est simplement l'expression de l'enthousiasme militant, propre aux minorités qui réclament une place au soleil ? Il y a dans cette appréciation une part de vérité, bien que la minorité à laquelle nous appartenons soit en voie de croissance rapide, si nous en jugeons par deux faits : l'un est le développement

merveilleux de l'homœopathie sur une terre vierge, celle des États-Unis, qui compte 6,000 médecins, 24 hôpitaux, 12 collèges avec 1,250 étudiants; le second est le drainage très ingénieux exercé par nos adversaires sur nos médicaments homœopathiques.

Mais un motif prééminent explique et justifie le culte durable rendu à un homme qui, depuis un temps déjà bien long pour l'oublieuse humanité, dort du sommeil de la tombe. C'est que Hahnemann ne fut pas uniquement un révolutionnaire d'école, un doctrinaire élevant tribune contre tribune et dont la gloire s'arrête à l'enceinte académique; Hahnemann fut un de ces hommes de grand cœur et de haute intelligence que leur siècle met aux prises avec un danger, avec une erreur, avec une servitude, qui brisèrent l'obstacle, et que l'humanité reconnaissante acclame comme libérateurs. Hippocrate avait dégagé la médecine, qui pour l'humanité est l'art de guérir, de l'ombre insalubre des temples : Hahnemann est venu l'émanciper de la tutelle oppressive des écoles.

Le réformateur commence par un acte héroïque. Investi du titre de docteur, appelé par ses talents et par un haut patronage à la richesse et aux honneurs, il renonce sans hésitation à la pratique de la médecine, le jour où il reconnaît que l'école a oublié de lui apprendre l'art de guérir. Il n'est pas à craindre que cet héroïsme soit contagieux, que les disciples orthodoxes d'Esculape abandonnent, pour cause de scepticisme, les avantages de l'exercice professionnel.

Les écoles de médecine, depuis des siècles, rou-

laient le rocher de Sisyphe, adoptant, proclamant, exaltant, pour les abandonner à la chute dans l'oubli, les systèmes successifs, les hypothèses variées qu'engendrait la philosophie du temps. On dissertait éloquemment et longuement sur la nature des choses, sur la constitution de l'homme, sur l'origine des maladies, sujets d'un intérêt inépuisable. Quant à la vulgaire thérapeutique, l'art de guérir, elle était réservée dans le programme, comme la conséquence lointaine, comme le corollaire final de la doctrine en cours, comme le couronnement de l'édifice. Et cet abandon n'allait pas sans quelque dédain, et pour le thérapeute, presque flétri de l'épithète de guérisseur, et pour le malade qui ne se résignait pas à mourir dans les règles.

La science médicale, sans l'art de guérir, avait semblé à Hahnemann une mystification. Sans souci de la pruderie de l'école, l'ambition d'être un thérapeute, de constituer la thérapeutique sur ses bases propres concentra toutes les énergies de son intelligence pénétrante et de son caractère indomptable. Il remonta à la source de toutes les connaissances, il puisa à la fontaine de Jouvence où se rajeunissent les sciences vieilles : l'expérience. Non pas seulement l'expérience personnelle toujours bornée, si puissante qu'elle soit, et par la brièveté de l'horizon individuel, et par la faillibilité du jugement personnel, mais à l'expérience de tous les âges de la médecine consciente ou inconsciente, appelée en témoignage pour établir quel fut, dans le traitement des maladies, le facteur constant au milieu des fac-

teurs variables qu'introduisait chaque système. Le résultat au moyen de cette enquête historique sur une pratique médicale, plus de vingt fois séculaire, vous l'avez tous lu dans le merveilleux chapitre de l'*Organon*, intitulé : *Des guérisons homœopathiques dues au hasard*, par lequel Hahnemann a démontré avec une érudition qui défie toute contestation, que la thérapeutique de tous les temps a fait de l'homœopathie sans le savoir comme M. Jourdain faisait de la prose. De tout l'ensemble de l'immense travail expérimental de Hahnemann se dégagait une loi que le réformateur a exposée magistralement, sous une formule maintenant consacrée : *Similia similibus curantur*.

La thérapeutique autonome, indépendante, était fondée ; l'art de guérir était libéré du conflit tumultueux des hypothèses décevantes, des systèmes passés, présents ou futurs : vitalisme, organicisme, solidisme, humorisme, etc., etc, et compris le microbisme, qui fournit aujourd'hui matière aux débats, j'allais dire aux ébats de la sénilité académique.

Hahnemann eut-il des précurseurs ? qui en doute ? Et qu'importe ? C'est par génération spontanée que Minerve jaillit toute armée du cerveau de Jupiter. Mais il en va dans l'histoire autrement que dans la mythologie. Quand l'humanité paie un tribut de gloire au génie, que la poésie appelle audacieusement le fils de ses œuvres, nous savons que ce jour-là l'humanité fait honneur à la signature de devanciers obscurs et nombreux ; tout comme, quand la fanfare triomphale acclame le soldat heureux qui a planté

~~SECRET~~

~~ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED~~
~~DATE 08-09-2001 BY SP-6 BJS/BJS~~

[illegible]

1944-1945 - THE TRANSITION - INDUSTRIAL & COMMERCIAL - RECONSTRUCTION - AND REORGANIZATION - OF THE UNITED STATES - OF AMERICA

~~ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED~~

~~This document contains information~~

— 1892 —

En vue de l'importance de l'acte de l'Etat, les
ministres et les membres de l'Etat, les uns sur les autres
connaissent les uns les autres. L'importance de
l'acte de l'Etat est de l'Etat.

Mais vous, l'avez peut-être vu, n'est-ce pas ?
 Les deux personnes qui vous ont dit : "C'est-à-dire encore
 à la fin de la vie, la machine s'arrête. Si
 vous y arrivez, vous serez jusqu'à la fin et
 par conséquent vous en avez, elle conserve encore
 une personne ? Oui, sans doute, si vous êtes ho

mœopathes; non, certainement, si vous ne l'êtes pas.

C'est la conclusion logique qui semble résulter du raisonnement établi par un homme tout à fait supérieur, par un académicien qui est en même temps un de nos auteurs dramatiques les plus distingués. Laissez-moi vous lire le passage, c'est toujours plus exact.

« Tous tant que nous sommes, nous utilisons dans
« notre art, depuis deux cents ans, et de notre mieux,
« ces détails et ces nuances, dont les plus délicats ont
« produit Marivaux ; mais à force de tirer des ré-
« ductions des mêmes entités, nous finirons, comme
« les homœopathes, à force de dilutions, par ne plus
« rien retrouver des substances mères et par aboutir
« à zéro (1) ».

Notre spirituel dramaturge, qui sait mettre de l'esprit partout et à toutes doses, a sans doute oublié que la matière est divisible à l'infini et qu'à la limite où la chimie perd ses droits, la spectroscopie commence les siens. Mais il n'est pas obligé de savoir qu'il y a un réactif encore plus puissant et plus subtil que le spectroscope, c'est l'organisme vivant. Et celui-là donne des résultats qui constituent une science expérimentale par excellence.

Le siècle est aux sciences expérimentales. Le conjectural, les affirmations traditionnelles de la médecine ont fait leur temps. L'Académie de médecine nous le prouve tous les jours. Je vais essayer de le démontrer.

(1) Notes du *Fils naturel*. Édition définitive dite des Comédiens : Alex. Dumas fils.

Nous sommes dans son sanctuaire ; on introduit la fièvre typhoïde. C'est un sujet de mauvaise réputation qui a les plus vilains antécédents . Voyons ce qu'on va lui reprocher encore.

On discourt sur son compte, on s'attaque, on riposte de la belle façon, mais toujours académiquement ; on épilogue, on expose ses grandes et ses petites théories, nées d'hier, croit-on. Chacun saisit le monstre, jamais dans son ensemble, mais toujours par quelqu'une de ses parties, ce qui donne le droit de dire que la rivale ne fait que la médecine des symptômes. On fait enfin son métier d'académicien. On critique vertement son voisin ; on a seul, ou quelquefois avec des amis, tout inventé. On est grave, on est sérieux, on est digne, on est calme enfin, comme il convient à la plus savante et à la première corporation médicale.

L'un après l'autre apporte son grand ou son petit traitement ; car à l'Académie on est très fort sur la thérapeutique. On y croit encore aux spécifiques, comme quelques grands enfants croient encore à Croquemitaine et au loup garou. « Ils en ont déjà deux !... » dit un des plus doctes Immortels de l'endroit. Deux spécifiques en trois mille ans, un par quinze siècles !... C'est bien travailler !... On en attend un troisième pour la fièvre typhoïde. A quand sa découverte ? Messieurs, je ne suis pas prophète, laissez-moi pourtant vous l'annoncer pour l'an 4.000 !... A moins que nos académiciens ne soient bien sages, ne se disputent pas, alors nous leur donnerons des spécifiques comme des billes ; ils en compteront par

centaines et ils s'amuseront beaucoup plus qu'à supputer les avantages possibles de l'eau froide appliquée à la cure de la fièvre typhoïde, ou bien ceux du sulfate de quinine, de l'acide salicylique contre l'hyperthermie; ou bien les purgatifs, l'acide phénique pour les *microbiens* ! Chacun tient pour son petit symptôme et rêve encore tout éveillé.

Tout à coup, au milieu de la sérénité de ce ciel de bienheureux, qui n'a pas même le temps de s'assombrir, éclate un si violent orage que vieux et jeunes se redressent brusquement, comme secoués par un vigoureux ressort. Il n'y a plus un impotent, plus un goutteux, plus un cacochyme. Tout le monde crie, frappe et se rue. Scarron lui-même, cet historique et spirituel et... heureux cul de jatte, fût à ce moment devenu valide.

Quel miracle !... que s'était-il donc passé, Messieurs ? Rien, presque rien.

Un atome lancé par un malfaiteur, un confrère hétérogène au milieu de la docte Assemblée. Tout fuit, tout déborde et se résout en une immense clameur de haro !

L'étranger, le malotru, pas un collègue, entendez-vous bien, avait à travers les échos du Cénacle jeté le mot *homœopathie* !

Un seul, paraît-il, résiste passivement au choc. L'exception ici confirme encore la règle et prouve qu'une simple traînée de poudre ne suffit pas pour lancer un boulet (1).

(1) On dit, en effet, que M. Bouley fut à peu près le seul que le résultat du choc étonna plus qu'il ne l'émut.

Eh bien, Messieurs, permettez-moi de demander quelle quantité de matière il a fallu pour produire si spontanément un pareil fracas ! Y a-t-il là, ou n'y a-t-il pas une dose infinitésimale ? Voilà une démonstration que nous recommandons fort à l'Académie, voire même à l'Institut tout entier. Ce sera l'Académie convaincue par la peur. Qui donc avait dit que l'Académie de médecine était une corporation d'un conservatisme inébranlable ! En vérité il ne fallait que trouver le remède et la dose appropriés.

Je bois aux sciences expérimentales, aux hommes de génie !... à l'Académie de médecine, et surtout au progrès qu'elle vient d'inaugurer chez elle ! »

Le D^r Jousset a pris pour sujet de son allocution :

L'union des Médecins homœopathes de l'œuvre des hôpitaux et des dispensaires.

« Messieurs,

Une œuvre considérable est en voie de s'accomplir en cette année 1883.

La Société médicale homœopathique de France a commencé la construction d'un hôpital modèle et, le 1^{er} octobre 1883, l'hôpital Saint-Jacques, considérablement agrandi, s'ouvrira rue de Vaugirard, 221. Cet hôpital contiendra cinquante lits, un service chirurgical complet, une pharmacie particulière et des dispensaires pour chaque jour de la semaine. — Déjà la rue Coquillière compte sept dispensaires, une clinique de maladies des yeux et, en voie de forma-

tion, une clinique des maladies des femmes et des enfants.

L'homœopathie possède donc dans notre ville de Paris, grâce à l'initiative persévérante de la Société homœopathique, un magnifique instrument d'enseignement et de propagande. Eh bien, Messieurs, c'est autour de cette œuvre que je vous propose de vous grouper. Mais, vous le savez, tant valent les hommes, tant valent les institutions ; et à quoi serviraient tous ces instruments de propagande, si vous veniez à les désertier.

Sans doute, l'hôpital des Ternes retient un certain nombre d'entre nous et les dispensaires gratuits ouverts dans les différents quartiers ne doivent pas être abandonnés ; mais n'oubliez pas qu'il nous faut un personnel de vingt médecins, que le double trouverait facilement un emploi dans nos dispensaires de l'hôpital et qu'il y a encore place, rue Coquillière, pour une clinique des affections du larynx et des affections de l'oreille.

Rappelez-vous, messieurs, que la cause de l'hôpital est la vôtre, non seulement parce que c'est un instrument de propagande, mais encore et surtout parce qu'il doit servir à notre propre instruction.

Tous nous avons besoin d'apprendre, et je le dis sans rougir, chaque trimestre que je passe à l'hôpital Saint-Jacques rend mon diagnostic moins imparfait et ma thérapeutique plus certaine. Si les anciens avouent qu'ils ont besoin de s'instruire au contact quotidien des malades, que doivent dire les jeunes médecins ? Ah ! Messieurs, nous ne sommes plus au

temps où l'attrait pour tout ce qui est nouveau et la supériorité incontestable des fondateurs de la thérapeutique positive avaient créé une auréole dont bénéficiaient les membres les plus obscurs de la nouvelle école. Non, le temps de la légende est passé. Aujourd'hui on nous discute et chaque erreur qui nous échappe retombe lourdement sur la corporation tout entière. Nos adversaires peuvent faire des fautes, mais nous, nous ne pouvons pas en faire. Nous n'en pouvons pas faire parce que nous sommes en présence de l'ennemi, c'est-à-dire de trente mille médecins constamment en éveil pour nous prendre en défaut.

J'avais donc raison de vous le dire, tous nous avons besoin de nous instruire. Venez à nos cliniques, faites des dispensaires, et rappelez-vous surtout que l'isolement ou les préoccupations d'intérêt personnel seraient pour vous une source funeste d'infériorité et d'insuccès, tandis que la solidarité et l'union dans le travail seront les instruments assurés de votre prospérité et du triomphe définitif de nos doctrines.

Je bois, Messieurs, à l'union de tous les médecins dans l'œuvre des hôpitaux et des dispensaires homœopathiques. »

La parole est ensuite donnée à M. le D^r Fredault.

« Messieurs,

Je porte un toast à la propagation, au développement, à la fécondité de nos dispensaires. Au milieu

des grandes choses qu'on est appelé à faire, et auxquelles on se donne, on en peut oublier de petites en apparence dont la valeur est cependant considérable. Nous sommes dans les grandes choses, nous établissons, nous construisons des hôpitaux ; et cela est bien ; vous savez quelle part je prends par l'esprit et le cœur à ces grandes œuvres. Mais je voudrais en même temps qu'on n'oubliât pas et qu'on ne négligât pas les petites qui ont rendu de grands services, et peuvent en rendre encore.

C'est avec les dispensaires que nous avons débuté dans le service de la médecine pratique, c'est par eux que nous avons fait connaître les bienfaits de la méthode, par eux que nous avons fait du bien aux classes souffrantes et nécessiteuses, et que nous nous sommes fait connaître, que nous nous sommes propagés. Nous pouvons dans cette voie faire encore beaucoup de bien, autant au moins que nous en avons fait, et même plus encore.

Les dispensaires ont été l'école clinique, par laquelle nous avons presque tous passé, où se sont formés tous ceux d'entre nous qui, par leur expérience, leur valeur, et leurs cheveux blancs peuvent être reconnus comme des maîtres. Sans doute, les hôpitaux pourront faire beaucoup pour l'enseignement, mais les dispensaires peuvent en faire beaucoup aussi, et ce serait une faute de les négliger. Ils sont une petite œuvre, une œuvre modeste à côté de la fondation des hôpitaux, mais une œuvre modeste qui est en soi une grande chose ; et je porte un toast à leur développement. Je confie à votre pen-

sée le souci de ne pas négliger cette œuvre modeste des dispensaires qui est en même temps une grande chose pour ce qu'elle a donné et ce qu'elle peut donner encore. »

Voici l'allocution de M. le D^r Léon Simon père :

« Messieurs,

Notre honorable président rappelait tout à l'heure qu'au moment où une armée triomphante entre dans une citadelle conquise, on oublie facilement ceux qui restent morts sur le chemin. S'il en est ainsi dans les combats, cet exemple ne saurait être suivi dans les luttes professionnelles auxquelles chacun de nous doit prendre part. Permettez-moi donc de vous proposer de donner un pieux et confraternel souvenir à ceux d'entre nous que la mort a enlevés.

Ils sont nombreux déjà et chaque année vient ajouter des noms nouveaux à ceux qu'il nous a fallu inscrire sur le martyrologe de l'homœopathie. Depuis notre dernière réunion n'avons-nous pas vu disparaître, pour la France seulement, Puig à Perpignan, Delom à Béziers, le comte Henri de Bonneval à Bordeaux, Franco et Bertrand-Denamps à Paris, tous justement estimés et dont nous avons le droit d'honorer la mémoire ? A eux notre premier hommage.

Laissez-moi maintenant étendre le cercle de nos souvenirs en vous rappelant ces disciples qui reçurent directement l'enseignement du maître, qui furent ses collaborateurs et l'aidèrent à instituer la

matière médicale pure, œuvre gigantesque qui s'accroît chaque jour ; puis tous ceux auxquels échet le soin de la propagande et de la diffusion de l'homœopathie dans le monde entier. Que de noms illustres il me faudrait inscrire ici pour les rappeler tous ! Gross, Stapf, Rummel, Hartlaub, Trinks, etc., pour l'Allemagne ; Quin, Bayes pour l'Angleterre ; Daddea en Italie ; Nûnez en Espagne ; Hering, Gray et tant d'autres en Amérique ; Peschier, Dufresne en Suisse ; pour notre chère France Des Guidi. Pétroz, Davet, Cabarrus. Arnaud, Croserio, mon père, Molin père, Chancerel père, Jahr, Perrussel père, Curie, Léon Marchant, Bourges, les deux Magnan, les deux Gueyrard et tant d'autres dont vous n'avez pu oublier les noms.

Quelle brillante histoire nous pourrions écrire s'il nous était donné de raconter les œuvres accomplies par de tels maîtres ! Encore faudrait-il les faire précéder d'un petit chapitre consacré au secours qu'ils reçurent tout d'abord du camp ennemi.

N'était-ce point l'allopathie elle-même qui avait signalé l'existence de la doctrine hahnemannienne en 1828 dans le *Journal des savants*, alors que Broussais lui consacrait un des chapitres du dernier volume de *l'Examen des doctrines* ? Il y a plus, c'est au sein même de l'Académie royale de médecine que se rencontrent et le premier traducteur des œuvres de Hahnemann, Jourdan, et le premier pharmacien qui prépara les dilutions, le frère de notre respectable Pétroz. Jamais plus puissant secours ne nous fut prêté, puisque nos maîtres trouvaient avec le

premier les notions indispensables pour la pratique, avec le second les agents qu'il leur fallait employer.

Aussi, Messieurs, quel zèle pour l'étude de la nouvelle doctrine, quels efforts déployés pour sa défense ! A partir de 1832, les brochures, les ouvrages didactiques, les journaux se succèdent : *La Lettre aux médecins français*, le *Journal de la médecine homœopathique*, qu'avait précédé la *Bibliothèque* publiée à Genève, puis les *Archives* dont Jourdan fut le directeur, le *Journal de la doctrine hahnemannienne* qui avait pour rédacteur en chef le Dr Molin père, plus tard les *Annales* avec Jahr, Croserio Léon Simon ; enfin les journaux publiés par les Sociétés.

En même temps l'enseignement oral était fondé (1833), les études de matière médicale se poursuivaient avec le manuel de Jahr et celui de Laffitte, les dispensaires s'étaient établis partout. En province le mouvement, dont la première impulsion avait été donnée par Des Guidi, s'étendait avec une rapidité effrayante pour la médecine officielle : Lyon, Marseille, Bordeaux, Niort, Nantes, Limoges, Aubusson, etc., comptaient des médecins homœopathes, lesquels menaient de front et la clientèle privée et la clientèle de charité.

Mallet et Léon Marchant essayaient l'homœopathie et en montraient les avantages à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, Gastier à celui de Thoissey, et Risueno d'Amador la défendait, comme doctrine, au sein même de la Faculté de Montpellier.

A cette époque aucune attaque ne restait sans ré-

ponse. En 1835, l'Académie condamne l'homœopathie ; peu de jours après, le premier Congrès, présidé par Hahnemann, adopte en réponse la *Lettre à l'Académie*. En 1842, Trousseau, chargé du discours de rentrée à la Faculté de médecine, le consacre à la critique de l'œuvre de Hahnemann ; peu de temps après, une réponse complète est rédigée au nom des médecins homœopathes de Paris, c'est la *Lettre à Messieurs de la Faculté de médecine*. Andral tente des expériences à la Pitié, il échoue ; les faits annoncés par le professeur sont immédiatement discutés et réduits à ce qu'ils valaient réellement.

Tant d'efforts devaient bientôt aboutir à un résultat considérable. On était en 1849, le choléra sévissait à Paris. Un médecin des hôpitaux applique le traitement homœopathique à cette maladie redoutable et aussi à la pneumonie, et il montre par des essais publics qu'avec les médicaments indiqués par la loi de similitude et donnés à doses infinitésimales on guérit plus souvent et plus sûrement qu'avec la thérapeutique officielle. Ce résultat franchement publié eut un retentissement énorme dont l'honneur revient à Tessier, de même que le mérite d'avoir appelé l'attention d'un homme aussi éminent sur l'homœopathie appartient à ceux qui depuis dix-sept ans luttaient pour le triomphe de cette doctrine.

Avec Tessier, entrant à la Société gallicane de médecine homœopathique, arrivaient bon nombre de ses élèves, Gabalda, Milcent, Timbart, Davasse, depuis longtemps disparus. Grâce au ciel, Messieurs,

ceux que je viens de nommer n'étaient pas seuls : les D^{rs} Frédault, Ozanam, Hermel, que venait bientôt rejoindre le D^r Jousset, se trouvaient au nombre des nouveaux prosélytes et nous avons la joie de les posséder encore et de pouvoir saluer leur présence à cette table.

Mais s'il nous faut songer à ceux qui ne sont plus, n'oublions pas que plusieurs revivent par leurs fils, même par leurs petits-fils. Molin, Perrussel, René et Daniel Serrand, Tessier, Gabalda, auprès desquels nous voyons se grouper nos jeunes confrères, les D^{rs} James Love, Paul Frédault et Marc Jousset. A eux l'avenir de l'homœopathie. Puissent-ils, par un travail assidu et de nouvelles découvertes, affermir les points adoptés, éclaircir les problèmes douteux, combler les *desiderata* qu'on signale souvent, mais qu'on ne résout pas toujours !

Enfin, Messieurs, ne soyons pas ingrats ; n'oublions pas que le médecin le plus habile serait désarmé s'il n'avait point autour de lui des pharmaciens éprouvés et dignes de sa confiance. Ces collaborateurs indispensables se sont toujours trouvés. Plusieurs ont succombé, et au souvenir du pharmacien Pétroz il nous faut joindre celui de son successeur immédiat, Antonin Catellan, ceux de Georges Weber et de Derode.

J'ai été bien long, Messieurs, excusez-moi. Lorsqu'on avance dans la vie, on aime à se rappeler ceux qu'on a connus dans une jeunesse bien éloignée déjà ; on demande à ses souvenirs de faire revivre un passé glorieux, auquel on a pu assister comme spectateur

jusqu'au moment où l'on a dû y prendre part. Je n'ai pas su résister à ce charme, j'en conviens ; mais ne m'en veuillez pas trop et buvez avec moi A LA MÉMOIRE DES MÉDECINS HOMŒOPATHES TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR. »

Le Dr Rochet lit ensuite une pièce de vers qu'il a composée en l'honneur de son ami, M. André Theuriet, qui représente la presse à nos agapes de ce soir.

Un nain ne doit jamais lutter contre un géant.
 Au vieux temps des Hébreux la chose était permise
 Lorsque de Goliath David fut triomphant ;
 Mais la lutte, ce soir, ne peut être de mise.
 En face du poète et du charmant conteur
 Dont les aimables vers disputent à la rose
 Ses parfums les plus doux, son éclat, sa fraîcheur,
 Je devrais prudemment demeurer bouche close.
 Mais comment, chers Messieurs, résister au désir
 De célébrer notre hôte ? A ma muse inhabile ;
 Puisqu'il est mon ami, concédez ce plaisir.
 Coppée a dit un jour : « C'est un nouveau Virgile. »
 Qui donc a mieux décrit les forêts et les champs ?
 Le pinceau que conduit sa fine main d'artiste,
 Fait revivre à nos yeux en des tableaux touchants
 La nature et le cœur, qu'il soit joyeux ou triste.
 — Après qu'ils eurent lu : *Le fils Maugars, Sous bois,*
Raymonde, Jean-Marie, Ondine et Sauvageonne,
 Les quarante Immortels voulurent autrefois
 Sur le front de l'auteur poser une couronne,

Et sa tempe ceignit le glorieux laurier.
 Mais, quand ils connaîtront les vers : *A la Payse*,
 Ce livre que parfume un souffle printanier,
 Où parle un cœur lorrain, d'une tendresse exquise ;
 Poète, diront-ils, ta place est parmi nous.
 De tes labeurs sans fin reçois la récompense.
 Pour nous, notre heureux sort fera plus d'un jaloux.
 Vous nous avez grandis et par votre présence
 Et par ce fin discours, délicat à propos,
 Où l'on voit, après tout, que l'homœopathie
 Qui, de ses défenseurs, peut faire des héros,
 Sait aussi, par moment, inspirer le génie.
 La presse nous traita toujours royalement.
 De vos prédécesseurs nous gardons la mémoire,
 Les Jourdan, les Féval, les Guérault, les Hément,
 Venaient de notre cause acclamer la victoire.
 Pour vous, joignant mes vœux aux vœux universels,
 Et, de tous mes amis, me faisant l'interprète,
 Je bois à votre gloire, et j'espère, ô Poète !
 Vous voir bientôt assis parmi les Immortels.

M. André Theuriet, dans ce langage aussi délicat qu'ingénieux, dont il possède le secret, nous met au courant des services que la pharmacopée homœopathique peut rendre à la littérature.

« Messieurs,

C'est à ma qualité d'écrivain que je dois l'honneur d'assister, quoique indigne, à un banquet où se

trouvent réunis les plus éminents représentants du corps médical homœopathique. Permettez-moi donc d'abord de vous remercier cordialement, au nom de la presse, que vous avez l'amabilité d'associer chaque année à vos fêtes, et excusez-moi de mêler ma piquette littéraire au vin généreux de la science, qui coule ici à pleins bords.

Il y a longtemps qu'on a dit que les médecins et les écrivains avaient plus d'un lien de parenté. D'après la mythologie, Esculape n'était-il pas un peu fils d'Apollon ? Et pour ne parler ici que de la grande doctrine dont l'illustre Hahnemann est le père, je ne crois pas formuler un paradoxe, en disant que dans le domaine des lettres nous appliquons souvent l'une des découvertes du Maître que vous fêtez ce soir.

C'est après avoir été en quelque sorte affinés par un grand nombre de triturations et de dilutions, que vos médicaments, administrés à doses infinitésimales, produisent leurs effets les plus énergiques. Le même phénomène existe en littérature. C'est après avoir été longtemps roulées et comme diluées dans le cerveau du poète, que les plus minimes impressions que nous recevons de la réalité produisent des œuvres remarquables.

Bernardin de Saint-Pierre voit, par un jour de pluie, une fillette abritant son petit frère sous sa robe relevée; et cette rapide observation d'un fait tout prosaïque, recueillie et infusée dans le courant de la réflexion, donne naissance à l'admirable roman de *Paul et Virginie*.

Quoi de plus subtil qu'une odeur ? Un poète passe au bord d'une prairie qu'on fauche ; il respire un moment le parfum du foin coupé. Ce n'est rien que cette parcelle aromatique éparse dans l'air ; mais une fois respirée, elle éveille dans le cerveau du passant toute une série de sensations nouvelles. Elle y fermente doucement, et, grâce à elle, le poète revoit dans ses soirées d'hiver, non seulement les prairies fauchées en plein soleil, mais encore tout le cortège de souvenirs que cette vision évoque. Et pour peu qu'il soit en humeur de rimer, il en tire un poème imprégné de la senteur de l'herbe et des fleurs des prés.

Ce n'est donc pas un paradoxe d'affirmer que dans le domaine littéraire la puissance énergique des triturations se vérifie absolument comme dans le domaine scientifique. La réalité de ce merveilleux pouvoir des dilutions vient d'être confirmée récemment, et démontrée au monde académique par les brillantes expériences d'un illustre chimiste. Seulement je me suis laissé dire que la science officielle avait négligé de rappeler que ces expériences étaient tout simplement l'application de faits depuis longtemps signalés par la médecine homœopathique. Du moins, les littérateurs, eux, pratiquent la maxime : *cuique suum*, et ils s'empressent de reconnaître vos droits de légitime paternité.

C'est dans cet esprit, Messieurs, que je me permets de m'associer à vous dans un toast cordial à la mémoire de Hahnemann et aux découvertes de la médecine homœopathique. »

M. le Dr V. Léon Simon, qui clôt la série des toasts, s'exprime ainsi :

« Messieurs,

S'il est une qualité distinctive des homœopathes, c'est la solidarité : solidarité dont le principe doit être cherché dans notre attachement à une doctrine commune, au triomphe de laquelle nous consacrons notre existence ; solidarité dans le temps et dans l'espace, de telle sorte que nous sommes tous comme les membres d'une même famille scientifique, rattachés à nos devanciers par le culte des souvenirs, à nos contemporains par un échange de travaux et de bons offices, à nos successeurs par les œuvres que nous leur laisserons ; solidarité à laquelle nous apportons, par notre présence ici, le meilleur des témoignages.

Permettez-moi, Messieurs, de lui rester fidèle en adressant en votre nom un salut de bienvenue à ceux qui sont accourus de loin pour rendre hommage avec nous à la mémoire de notre maître Hahnemann. Nos confrères de province sont représentés aujourd'hui par M. William Batz, de Saint-Quentin, d'autant plus digne de notre sympathie qu'il est seul à combattre dans son département le bon combat de l'homœopathie ; par M. le Dr Macé, venu à titre d'allié bienveillant et adonné à l'étude si intéressante des Eaux minérales. Enfin, Messieurs, l'armée des homœopathes n'est pas une armée territoriale, car son champ de manœuvre s'étend sur la

terre entière. Je vous demande donc la permission d'associer dans ce toast nos confrères étrangers à ceux de la province. Nous avons, cette année, la rare bonne fortune d'en compter deux parmi nos convives : M. le Dr Deane Butcher, de Windsor, l'élégant écrivain, rédacteur du *The Homœopathic World*, grâce auquel l'homœopathie est favorablement appréciée jusque sur les marches du trône de la puissante Albion ; M. Ezechiel de Léon, enfant du Mexique, qui, momentanément à Paris, a bien voulu être des nôtres.

Unissons-nous donc, Messieurs, et vidons ensemble la coupe d'amitié en l'honneur de nos confrères de la province et de l'étranger. »

NOUVELLES

Nous empruntons à l'*Art médical* le document suivant que M. Emery, son auteur, ne peut désavouer bien qu'il ne l'ait pas signé et qu'il n'a pas daigné communiquer à la Société médicale homœopathique de France dont il a l'honneur de faire partie à titre de membre associé français. Ce compte rendu *sommaire* (l'épithète est de M. Emery) comprend deux parties : l'une, très brève et consacrée au dernier exercice de la maison Saint-Luc ; la seconde, à une pseudo-revue de la situation générale de l'homœopathie, qui ne brille pas précisément par l'exactitude des renseignements et la valeur des appréciations. Nous demandons pardon à nos lecteurs de leur servir pareille prose, mais c'est tout ce que nous pouvons leur offrir à propos de la maison Saint-Luc. Nombre d'entre eux s'intéressent à cet établissement et estiment sans doute avec nous que M. Emery s'entend à

mervaille à servir de bien maigres revenus scientifiques pour des dotations de 800,000 francs.

A. CLAUDE.

SOCIÉTÉ CIVILE DE MÉDECINE PRATIQUE

FONDÉE PAR ACTE DE M^e MESSIMY, NOTAIRE

Le 15 Janvier 1869.

MAISON SAINT-LUC

DESSERVIE PAR LES SŒURS DE SAINT-VINCENT-DE-PAUL.

Lyon, quai Claude-Bernard.

CLINIQUE ET DISPENSAIRE HOMŒOPATHIQUES

Compte Rendu sommaire au 31 Décembre 1882.

SALLES.

Le nombre des malades traités dans les salles du 1^{er} janvier au 31 décembre 1882, s'est élevé à 122, savoir :

Hommes.....	58	} 122
Femmes.....	64	

Nombre de journées de malades passées à la maison	3.454
Moyenne du séjour des malades.....	28 jours.
Nombre de malades guéris.....	48
— soulagés.....	35
— stationnaires.....	13
— décédés.....	8
— en traitement au 31 décembre 1882.....	18

DÉCÈS

Huit décès ont eu lieu pendant le cours de cette année, savoir:

4	—	par suite de phtisie pulmonaire.
2	—	cancer de l'estomac.
1	—	hydropisie.
1	—	fluxion de poitrine.

CHAMBRES ET APPARTEMENTS PARTICULIERS.

Les chambres et appartements particuliers ont été occupés par 30 pensionnaires qui y ont passé 472 journées, soit en moyenne 16 jours environ.

DISPENSARE, CONSULTATIONS DE LA PORTE.

Les **mardis et vendredis**, à 8 heures du matin.

Les **lundis et samedis**, à 9 heures du matin.

Le nombre des malades qui ont eu recours aux consultations de la porte s'est élevé à **2,348**, auxquels il a été donné 15,854 consultations.

Sur ce nombre.

1,546 ont été guéris ou notablement soulagés.

214 n'ont pas éprouvé de soulagement.

350 sont encore en traitement.

238 n'ont fait parvenir aucun renseignement sur leur état.

En	le nombre des consultants s'est élevé à	Consultations données :
1875	267	910
1876	844	3.189
1877	1.147	6.801
1878	1.391	7.582
1879	1.928	12.138
1880	2.097	13.904
1881	2.150	15.614
1882	2.348	15.864

Nous avons jusqu'à présent borné notre compte rendu à l'énoncé sommaire des résultats obtenus à Saint-Luc.

On se tromperait en croyant que nos efforts soient isolés et qu'il n'y ait pas d'autres établissements hospitaliers où la méthode homœopathique soit pratiquée.

Il y a à Paris deux hôpitaux homœopathiques, l'hôpital des Terres et l'hôpital Saint-Jacques.

Tous deux ont eu, comme le nôtre, des commencements modestes. L'un d'eux, l'hôpital Saint-Jacques, a été reconnu comme établissement d'utilité publique, et est en voie d'être reconstruit dans d'excellentes conditions. Parmi les diverses publications périodiques de Paris, mentionnons le journal mensuel *l'Art médical*.

En France, beaucoup de personnes regardent la méthode homœopathique comme la négation de la médecine, alors que, loin d'en restreindre le domaine, elle l'étend. Là où il ne faudrait voir que des médecins usant, dans l'intérêt de leurs malades, et sous leur responsabilité profession-

nelle, de toutes les méthodes nouvelles et progressives, on persiste à accentuer les divisions et à se préoccuper des dénominations exclusives. Dans d'autres pays, où l'enseignement médical jouit d'une légitime et féconde liberté, les mêmes préjugés n'ont pas cours. A qui fera-t-on croire, cependant, qu'on y ait moins souci des graves intérêts de la santé, ou qu'on s'y porte plus mal que chez nous ?

C'est donc surtout à l'étranger qu'il faut porter ses regards pour se rendre compte du mouvement et de l'extension de notre méthode.

Les indications que nous donnons ici, tout incomplètes qu'elles sont, intéresseront nos lecteurs, et causeront peut-être à quelques-uns d'entre eux certaine surprise.

D'après un rapport publié par le journal anglais, *The Homœopathic World*, il y avait aux États-Unis, en 1880, 6,000 médecins homœopathes, 23 Sociétés médicales sur lesquelles 17 ont été admises au bénéfice de l'incorporation dans leurs états respectifs, 92 Sociétés locales, 7 clubs ayant à la fois le caractère de cercle, et le caractère professionnel, et 38 hôpitaux homœopathiques.

30 de ces hôpitaux comptant ensemble 1682 lits, ont reçu en 1880 14,959 malades.

Les frais de construction pour 25 d'entre eux ont été de 1,549,175 dollars, fournis en grande partie par le concours et l'argent des malades.

Sur les 29 dispensaires fonctionnant aux États-Unis, 25 ont traité 117,564 malades auxquels ils ont fourni 272,792 prescriptions. Dépense totale : 10,639 dollars.

Il y a aux États-Unis, onze collèges médicaux où ont été instruits 1,192 étudiants sur lesquels 387 ont pris leurs grades dans l'année qui fait l'objet du rapport cité plus haut. Les frais d'établissement de cinq de ces collèges se sont élevés à 230,000 dollars. Le rapport n'indique pas le chiffre des dépenses pour les six autres collèges.

Enfin on trouve aux États-Unis 16 journaux homœopathiques mensuels, bi-mensuels et trimestriels formant un total de près de 9,000 pages tirées à 23,450 exemplaires. Ajoutons à toutes ces diverses institutions en pleine prospérité, la fondation d'une Compagnie d'assurances sur la vie, *The New York Homœopathic Mutual*.

Les grandes villes de New-York, Cincinnati, Philadelphie, Chicago, Cleveland, possèdent à la fois des collèges et des hôpitaux homœopathiques. Saint-Louis possède un collège de médecins et de chirurgiens. Plusieurs de ces collèges dépendent des universités du Michigan, d'Iowa, de Boston.

L'Angleterre ne reste pas étrangère au mouvement qui se manifeste si énergiquement en Amérique, nous trouvons des hôpitaux à Londres et à Southport, des dispensaires, des sociétés scientifiques et des journaux. La Belgique suit son exemple.

Nous n'avons pas de renseignements détaillés sur l'Allemagne ; nous savons seulement qu'il y a également des hôpitaux (Vienne, Leipzig) et des publications scientifiques.

Calcutta, la métropole des Indes anglaises, possède un hôpital.

Nous n'avons pas d'indications précises sur l'Espagne et les États de l'Amérique du Sud où il se publie des journaux de médecine homœopathique ; nous n'en dirons donc rien cette année, non plus que de l'Italie. Mentionnons cependant le fait suivant, qui a trait à ce dernier pays. Nous avons reçu, à la Maison Saint-Luc, en novembre 1882, un exemplaire d'une affiche émanant de la municipalité de Piperno (arrondissement du Frosinone). Cette affiche énonçait, dans la forme officielle, les conditions d'un concours ouvert pour le titre et les fonctions de médecin homœopathe pour le service des malades de la commune, avec l'indication de la rémunération attachée à ce service (2,800 livres italiennes). Inutile d'ajouter que nous n'avons pu ni faire afficher ce document, ni fournir le sujet demandé par la municipalité de Piperno. Au surplus, ce n'est pas la première fois que nous avons vu se manifester sous diverses formes des désirs analogues.

Le temps amènera fatalement les hommes qui président à l'enseignement public à se préoccuper de désirs justifiés par l'expérience et à tenir compte de l'exemple donné par des pays étrangers.

Le Gérant : D^r A. CLAUDE.

Clermont (Oise). -- Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.

24^e ANNÉE. — JUIN 1883.

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX

SÉANCE DU 7 MAI 1883.

Présidence de M. CRETIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance apporte une lettre de M. le Docteur Vallois qui demande à être admis comme membre titulaire de la Société. Cette demande est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

M. Claude donne lecture de la traduction suivante :

ÉCOLE D'HOMŒOPATHIE DE LONDRES,

32, Great Ormond Street, W. C.

A MM. le Président, les Vice-Présidents, le Secrétaire Général, le Secrétaire des Procès-Verbaux, l'Archiviste et le Trésorier de la Société Médicale Homœopathique de France.

Messieurs et honorés confrères,

Je suis chargé par le Président et les Gouverneurs de l'École d'Homœopathie de Londres, de vous ex-

primer leur vive et profonde gratitude, pour la lettre de condoléance que vous avez bien voulu leur adresser au sujet de la perte irréparable que nous venons d'éprouver en la personne du D^r William Bayes, le fondateur de notre institution, dont il fut aussi d'abord le vice-président, et ensuite le secrétaire honoraire pendant cinq années.

J'ai eu l'honneur de lire aujourd'hui à la réunion annuelle des Gouverneurs de l'Ecole votre lettre, qui a été acceptée à la fois comme un témoignage de sympathie pour notre École et un hommage rendu à la mémoire de notre savant et regretté ami.

Au nom du Président et des Gouverneurs de notre École, ainsi qu'au mien propre, je vous prie, Messieurs et honorés confrères, d'agréer l'expression de nos sentiments de confraternelle gratitude.

D^r ALFRED C. POPE.

Secrétaire honoraire.

Londres, le 10 avril 1883.

La Société décide que la traduction de cette lettre sera insérée au *Bulletin*.

M. Claude donne ensuite sur la situation de l'homœopathie aux Etats-Unis quelques détails qui seront publiés plus tard.

L'ordre du jour appelle la discussion de la clinique du D^r Frédault fils.

M. JOUSSET.— La clinique du D^r Frédault fils, ne se compose, jusqu'à présent, que de deux observations; ce n'est donc qu'un commencement dont nous verrons, je l'espère, prochainement la suite.



La première observation est celle d'une malade atteinte de gastralgie. Devant l'intensité des symptômes que présentait cette malade, M. Frédault a prescrit le *Nux moschata* à la 3^e dilution. *Nux moschata* n'est pas un médicament classique dans la gastralgie, et ce qui a décidé M. Frédault à le donner, c'est la nature hystérique de l'affection. Ce médicament a d'ailleurs amené une amélioration rapide. Il est vrai qu'il ne faut pas toujours attribuer au médicament la guérison qui arrive parfois spontanément. En effet, dans l'observation qui nous occupe, nous voyons que *Nux moschata* a été administré une seconde fois sans aucun résultat. Pour conclure d'une façon certaine à l'effet d'un médicament, il faut qu'il ait réussi plusieurs fois de suite dans la même affection et chez le même malade. Pour *Drosera*, par exemple, j'ai montré que 97 fois sur 100 on pouvait obtenir l'effet curatif. Ce n'est que dans ces conditions qu'on peut considérer un médicament comme fidèle.

La seconde observation est celle d'une femme atteinte d'angine couenneuse.

Dans ce cas, la thérapeutique a été parfaitement classique. *Belladone*, *cyanure de mercure* et le *sulfate de quinine* ; je n'aurai donc aucune réflexion à faire sur cette observation. Je veux seulement insister sur ce point : c'est, à mon avis, une mauvaise pratique que d'enlever les fausses membranes à mesure qu'elles se forment ; en agissant ainsi, on met à nu la muqueuse, mais la malade ne s'en trouve pas mieux pour cela ; si, au contraire, on laisse intactes les fausses membranes, on peut avoir des indications

précieuses au point de vue du pronostic de la maladie.

M. CRETIN. — Je n'ajouterais qu'un mot à ce qu'a dit le D^r Jousset. J'ai été très heureux de lire les observations du D^r Frédault, qui sont rédigées avec beaucoup de soin. Je pense comme M. Jousset pour ce qui est de la thérapeutique employée par M. Frédault ; je dirai cependant que la bryone à la 30^e dilution ne donne pas toujours d'aussi bons résultats contre la gastralgie. A propos de l'angine couenneuse, je tiens également à insister sur ce que disait M. Jousset.

Les gargarismes irritants, les applications de substances caustiques ne font qu'aggraver l'état local ; c'était l'avis de Trousseau et c'est aussi celui de beaucoup de médecins. Je n'emploie dans les angines couenneuses que les gargarismes émollients, et dans les cas graves, je fais faire des inhalations d'eau bromée qui ont une action très favorable et qui n'irritent pas la gorge.

Chez la malade de M. Frédault, l'angine a été suivie de paralysie qu'il n'a pas jugé à propos de combattre, bien qu'elle ait persisté assez longtemps. Dans des cas semblables, je ne suis pas partisan de l'expectation et j'essaie toujours d'abrégier la maladie au moyen des médicaments que nous offre la matière médicale, principalement le *Lachesis*.

La séance est levée.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES
(SERVICE DE M. LE D^r GABALDA).
(Suite et fin).

OBSERVATION XV. — *Fièvre typhoïde.*

Mlle... 12 ans. Entrée le 13 novembre, sortie le 2 décembre. Brancard.

Malade depuis 12 jours environ.

Pas d'épistaxis. Céphalalgie ; vertiges ; insomnie.

Perte d'appétit. Langue caractéristique, rouge à la pointe. Quelques taches.

Le 13 novembre. — La malade se plaint un peu de la gorge lors de son entrée (rougeur seulement). La face est congestionnée, la fièvre vive. Temp. s. 40.4. *Belladone* 3.

Le 14 novembre. — Temp. m. 38.5 et s. 40. Même traitement auquel on joint le *sulfate de quinine* à la dose de 0 g. 30.

Le 15 novembre. — Temp. m. 39.5 et s. 39.8. La malade se plaint moins de la gorge. La dernière nuit a été meilleure. Un peu de diarrhée. Nouvelle dose de *sulfate de quinine* 0 g. 50.

Le 16 novembre. — Temp. m. 38.5 et s. 40. La diarrhée se déclare, 4 selles. Ventre plus douloureux. *Muriatis acid.* 3 et *belladone* 3, qu'on continue le jour suivant.

Le 18 novembre. — Temp. m. 38.2 et s. 40.2. La malade tousse beaucoup depuis hier. Par ailleurs

70 BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ HOMÉOPATHIQUE.

même état. *Ipeca* 3 et *belladone* 3, qu'on continue jusqu'au 21 novembre.

Le 21 novembre. — La fièvre cesse ce jour et ne paraît plus. Il n'y a plus de toux. Le sommeil est bon et l'appétit commence à revenir. Même traitement, par précaution, jusqu'au 25 novembre. Après quoi la malade étant entrée en pleine convalescence, on donne *china* T. M. jusqu'à la sortie le 2 décembre.

OBSERVATION XVI. — *Bronchite*.

M..., 30 ans, mécanicien. — Entré le 27 août, sorti le 14 septembre. Lit n° 2.

En auscultant ce malade, qui présente tous les symptômes de l'emphysème, on trouve des râles très nombreux dans les deux poumons, mais surtout à droite. La sonorité est conservée.

Le 27 août. — Beaucoup d'oppression, toux fréquente, crachats abondants. On donne *bryon.* 3 et *ipeca* 3 jusqu'au 30 août.

Le 30 août. — Les nuits sont meilleures, mais il y a toujours de l'oppression avec crachats épais. *Metall. alb.* 3^e trit. jusqu'au 2 septembre.

Le 2 septembre. — La toux est plus fréquente, on revient à *bryon.* 3 et *ipeca* 3, qu'on continue jusqu'au 6 septembre.

Le 6 septembre. — Il y a beaucoup de mieux à l'auscultation, les crachats se détachent plus facilement, mais les quintes de toux sont encore fréquentes la nuit. *Hyosciamus* 3.

Le 8 septembre. — Les râles ayant de nouveau reparu, on donne *bryone* 3 et *ipeca* 3 jusqu'au 13 septembre.

L'état du malade s'est sensiblement amélioré dans ces derniers jours. Il n'y a plus de râles sauf dans la fosse sous-scapulaire droite. Le malade se lève.

OBSERVATION XVII. — *Affection cardiaque.*

M..., 20 ans, doreur. Entré le 18 septembre, sorti le 22 février. Lit n° 2.

Ce malade a eu, il y a un an, un rhumatisme articulaire aigu dont il ne s'est jamais bien remis.

Il a dû passer une partie de l'hiver dernier au lit, en proie à l'essoufflement et à des douleurs assez vives dans la région cardiaque. Toux quinteuse avec crachats sanguinolents. Œdème généralisé s'étendant même à la face,

Après quelques mois de mieux cet été, les étouffements sont revenus aussi violents ; en ce moment, le malade ne peut monter une marche sans être forcé de s'arrêter, la face est bouffie, violacée, mais il n'y a pas d'œdème ailleurs qu'autour des malléoles. Appétit nul, quelques crachats sanguinolents ; râles fins de congestion dans les deux poumons.

Du côté du cœur : voussure très accentuée avec écartement des côtes ; frémissement catairé très fort, battements épigastriques. Hypertrophie notable, souffle très fort, surtout à la pointe, s'entendant presque à distance et masquant complètement les deux bruits du cœur.

On donne *spigelia* t. m, gouttes X, à cause des douleurs assez vives que le malade accuse dans la région précordiale. On continue ce médicament jusqu'au 27 septembre. Dès le 24 il y a un mieux notable : les douleurs ne reviennent plus que par accès éloignés

et le malade peut dormir un peu. La cyanose diminue. Repos absolu. Lait.

Le 28 septembre. — A cette date l'auscultation devient possible : on trouve un souffle très fort au 1^{er} temps et à la pointe et un autre souffle un peu plus faible qu'on aurait pu prendre les premiers jours pour le prolongement, au 1^{er} temps et à la base sur le trajet de l'aorte. On peut donc admettre qu'il y a en même temps un rétrécissement aortique et une insuffisance mitrale. Le pouls est à peine perceptible, le tracé sphymographique à peine accusé. On donne *metall. alb.* 3^e trit. 0,20 du 28 septembre au 24 octobre. A cette dernière date le tracé est déjà bien-meilleur, le pouls s'est régularisé ; il y a toujours du frémissement cataire, mais fort peu de battements épigastriques. Les nuits sont assez bonnes ; la toux a disparu ; le malade recommence à manger et peut même se lever.

Le 24 octobre. — On donne *metall. alb.* 2^e trit. jusqu'au 10 novembre. Le mieux s'accroît ; les souffles persistent, mais le pouls est beaucoup plus fort ; l'œdème et la cyanose ont complètement disparu.

Les douleurs ayant repris avec un peu d'oppression le 10 novembre, on revient à *spigelia* T. M. III gouttes. On obtient un bon résultat au bout de six jours et l'on revient à *metall. alb.* 2^e trit. A partir du 1^{er} décembre le malade est soigné par le Dr Jousset. L'état est très satisfaisant : il mange bien, dort bien et descend chaque jour au jardin. Le tracé sphymographique a presque doublé d'ampleur. Le plateau de l'aortite confirme le diagnostic au sujet du souffle perçu à la base.

L'iodure de potassium 1^{re} déc. administré par le D^r Jousset donne les meilleurs résultats, et le malade sort aussi amélioré que possible le 22 février.

OBSERVATION XVIII. — *Psoriasis*.

M... 14 ans. Entré le 11 août, sorti le 25 novembre.
Lit n° 3.

Traité d'abord par *graphites* 12° et *manganum* 12°.

Le 1^{er} septembre. — On commence le traitement avec le *zea italiana* T. M., V gouttes chaque jour.

Le 7 septembre — Les croûtes commencent à tomber, et il semble qu'il y a un peu moins de rougeur.

Le 11 septembre. — On joint au traitement précédent des onctions avec un glycérolé ainsi composé : *Glycérine*, 10 gr., *zea ital.* T. M., 10 gr.

Le 17 septembre. — On constate que l'éruption a beaucoup pâli, les croûtes continuent à tomber.

Le 25 septembre. — Il y a un mieux manifeste et il ne reste presque plus de croûtes ; on continue le même traitement, en portant à 10 le nombre de gouttes qu'on donne en potion. A partir du 16 octobre, l'état des plaques va chaque jour s'améliorant. La guérison s'achève avec *manganum* en conservant le *zea ital.* pour l'usage externe.

OBSERVATION XIX. — *Fièvre typhoïde*.

M..., 13 ans. Entré le 26 septembre, sorti le 30 octobre. Lit n° 4.

Cet enfant est mal en train depuis 15 jours ; céphalalgie, courbature générale. Alité depuis le 21 au soir.

Pas de taches, ni de gargouillement. Un peu de douleur seulement dans la fosse iliaque droite. Diarrhée molérée.

Le 26 septembre. — Temp. s. 39°6. *Baptisia* 1^{re} déc.

Le 27 septembre. — Temp. m. 38°, temp. s. 39°. Un peu plus de douleur à la pression. Quatre à cinq selles. Même traitement.

Le 29 septembre. — Temp. m. 39°5. Nuits assez calmes. Id.

Le 1^{er} octobre. — Temp. m. 38°; temp. s. 39°2. Céphalalgie plus vive; agitation la nuit sans délire; la diarrhée se supprime. *Belladone* 3.

Le 2 octobre. — Epistaxis assez abondante hier et le matin. *Nux vom.* 3, qu'on continue jusqu'au 8 octobre.

La fièvre persiste, mais moins vive. La céphalalgie a disparu, la langue se déterge et le malade a de l'appétit. On donne potage et un œuf.

Le 8 octobre. — La convalescence s'affirme. On donne *chininum sulfur* 1^{re} trit. 0,30 jusqu'au 15 octobre, à cause des grandes oscillations de la température.

Le 15 octobre. — L'appétit est complètement revenu, les nuits sont très bonnes et le malade se lève.

OBSERVATION XX. — fièvre typhoïde.

M..., 15 ans. Entré le 6 septembre, sorti le 24 septembre. Lit n° 6.

Mal en train depuis 10 jours. Alité depuis le dimanche.

Prodrômes habituels, mais pas d'épistaxis. Légère douleur dans la fosse iliaque, sans gargouillement.

Un peu de diarrhée. Pas de taches.

Le 6 septembre. — Temp. s. 39°5. *Baptisia* 1^{re} déc.

Le 7 septembre. — Temp. m. 38°5 et s. 39°3. Langue jaunâtre, rouge à la pointe, 3 à 4 selles. Même traitement.

Le 8 septembre. — Temp. m. 38°1, et s. 39°7. Un peu plus de céphalalgie et d'agitation cette nuit, 4 selles. Langue plus sèche. Même traitement.

Le 9 septembre. — Temp. m. 38°1, et s. 39°2; 3 selles seulement. Quelques taches. Même traitement.

Le 10 septembre. — Meilleure nuit; 2 selles le jour, 1 la nuit. Même traitement.

Le 11 septembre. — Temp. m. 37°4, et s. 39°. Un peu de sommeil. Bouche moins sèche. Même traitement.

Le 12 septembre. — Pas de fièvre ce matin, mais temp. s. 39°. La céphalalgie tend à disparaître: il n'y a pas eu de diarrhée cette nuit. Même traitement.

Le 14 septembre. — La fièvre tombe complètement. La langue est encore un peu sale, mais le malade demande à manger. Même traitement jusqu'au 18.

Le 18 septembre. — La convalescence est assurée. *China T. M.* jusqu'à la fin.

OBSERVATION XXI. — *Bronchite (pleurésie). Catarrhe suffocant.*

M..., 66 ans. Entré le 25 septembre, mort le 15 novembre. Lit n° 7.

Râles très nombreux (fins et sous-crépitants) disséminés dans les deux poumons. Murmure vésiculaire un peu voilé en arrière et à droite. Crachats puriformes, abondants. Temp. s. 38° à 38°5. *Aconit T. M.* et *ipec* 3° trit. 0,20 du 26 au 29, puis *bryon.* 3 et *ipec* 3 du 29 au 3 octobre.

Le 3 octobre. — Il y a un peu de mieux ; le poumon gauche surtout s'est bien dégagé. *Tartarus emet.* 2° trit. jusqu'au 10.

Le 10 octobre. — La fièvre persiste ; les râles sont revenus à gauche. Un peu plus d'oppression. *Metall.* 3° trit. et *ipec* 3 jusqu'au 21.

Le 21 octobre. — L'état ne s'est pas beaucoup amélioré. Il y a un véritable nid de râles au sommet droit et quelques râles à la base du même poumon rappelant assez les frottements (les vibrations sont conservées). *Metall. alb.* 2° trit. seul.

Le 25 octobre. — L'oppression augmente ; le malade a beaucoup de peine à cracher. *Kermès* 1° trit. 0,20 jusqu'au 27 et *arséniate d'antimoine* à la même dose du 27 au 31 n'obtiennent pas grand succès.

La fièvre persiste toujours avec l'oppression ; les râles ont plutôt augmenté et sont plus fins. — Le malade a de la diarrhée depuis quelques jours ; l'appétit est nul, le sommeil agité. On revient à *Metall. alb.* 3° trit., qu'on continue jusqu'au 11 novembre. — Le malade s'est beaucoup affaibli ; la diarrhée n'a pas cédé (mélange de râles fins et à grosses bulles, véritable bruit de tempête à l'auscultation). Hier, 10 novembre, un frisson dans la journée avec accès de fièvre très violent. Temp. 40°. On donne le *sulfate de*

quinine 0 gr. 50 pendant trois jours sans pouvoir modifier la fièvre.

Le 15 novembre. — Il y a eu du délire dans la nuit du 14 ; la respiration est haletante, les lèvres cyanosées : *carbo vegetabilis* 30 ; le malade conserve encore sa connaissance jusqu'à midi, et succombe dans la soirée.

OBSERVATION XXII. — *Fièvre typhoïde.*

M..., 23 ans, employé de commerce. Entré le 21 août, sorti le 24 septembre. Chambre I.

Prétend avoir éprouvé les premiers malaises dès le 14 juillet : a perdu l'entrain et l'appétit. Depuis, la céphalalgie est venue avec les prodromes habituels, épistaxis, vertiges, insomnie. Diarrhée. Le malade a pris le lit le 18 août.

Le 21 août. — Temp. s. 39°6. Le sujet est très impressionnable et s'inquiète déjà outre mesure de son état. Langue sèche ; gargouillement ; quelques taches. Constitution délicate, grand affaissement dès le début ; naturel inquiet, peu favorable à la réaction. *Metall. alb.* 2° trit.

Le 22 août. — Temp. m. 38°4, et s. 39°9. Grande agitation le soir et la nuit. Un peu de repos le matin. Diarrhée modérée. Même traitement.

Le 23 août. — Temp. m. 38°7, et s. 39°7. Encore plus d'agitation cette nuit que la précédente. Belle éruption, pas de toux. Diarrhée, 3 à 4 selles. *Metall. alb.* 3° trit. et *hyosciamus* 3.

Le 24 août. — Temp. m. 37.8 et s. 40. Un peu moins

Agitation : 2 selles seulement. Éruption continue. Même traitement.

Le 25 août. — Toujours moins de diarrhée. Langue moins sèche. Temp. s. 40°1. Même traitement.

Le 28 août. — Il y a moins de fièvre le soir depuis quelques jours. T. 38°. La diarrhée diminue sensiblement : 1 selle en moyenne par jour. Nuits bien meilleures. Même traitement.

Le 30 août. — Temp. s. 38°8. Le mieux continue. La langue se déterge ; il n'y a presque plus de céphalalgie, le malade est toujours inquiet. Même traitement.

Le 3 septembre. — La fièvre est presque tombée ; il n'y a plus de diarrhée ; il reste seulement une grande faiblesse avec tendance à la syncope. Même traitement. (On insiste sur les grogs.)

Le 6 septembre. — La fièvre, qui était remontée le 4 à 39°5, est définitivement tombée. La langue est presque belle. Le malade reprend espoir et demande à manger. *Metall. alb.* 2^e trit. seul. Potage et œufs.

Le 10 septembre. — La fièvre n'est pas revenue. Nuits très bonnes. Appétit féroce : on autorise le malade à manger de la viande.

A partir de ce jour la convalescence avance rapidement. Le 15 septembre, le malade est autorisé à se lever : *china* T. M. jusqu'à la sortie le 24 septembre.

OBSERVATION XXIII. — *Fièvre typhoïde.*

M... 29 ans, cocher. Entré le 23 octobre, sorti le 21 décembre. Lit n° 3.

Alité depuis 10 jours. Epistaxis dans les premiers temps ; diarrhée modérée. Pas de gargouillement ni de taches (mais l'éruption peut être terminée). Langue assez sale, mais humide. Un peu de toux depuis le début.

Le 23 octobre. — Temp. s. 39°5. *Ipeca* 1^{re} déc. 0,25, jusqu'au 25 octobre.

Le 25 octobre. — Temp. m. 38°4, et s. 39°5. Puls. 76. La diarrhée est toujours modérée, 2 à 3 selles. Il y a de l'insomnie, mais peu d'agitation la nuit. Un peu plus de faiblesse. *Metall. alb.* 3^e trit. 0,20 jusqu'au 28.

Le 28 octobre. — Temp. m. 38°, et s. 39°3. La diarrhée augmente un peu, 3 selles jour, 4 la nuit. Par ailleurs, même état. *Muriatis. acid.* 3^e dil.

Le 2 novembre. — Temp. m. 37°3, et s. 39°2. La diarrhée cède devant ce nouveau traitement, 2 selles seulement. L'état général est de plus en plus satisfaisant : la langue est moins sale, la fièvre moins vive avec des oscillations plus étendues dans la température. *China* 6.

Le 9 novembre. — Il n'y a plus de diarrhée, et le sommeil revient un peu. Les températures de chaque soir ne dépassent plus 38°2 ; le malade demande à manger et on autorise les potages. Par ailleurs, même traitement.

Le 13 novembre. — La température remontant depuis quelques jours, temp. m. 38°3, et s. 39°, sans autres changements, on donne le *sulfate de quinine* à la dose de 0 g. 50 par jour.

Le 17 novembre. — La température du matin n'est

que de 37.2, celle de la veille au soir atteignait 38.5 seulement. On remplace la quinine par *metall. alb.* 2^e trit. 0.20, qu'on continue jusqu'au 22.

Il y a toujours au tant de fièvre chaque soir, 39° à 39.3 avec ce dernier traitement.

Le 22 novembre. — On revient au *sulfate de quinine* à la dose de 0 g. 50 par jour. Son premier effet est d'apporter d'abord de grandes oscillations, puis la suppression complète de la fièvre vers le 28 novembre.

Par mesure de précaution, le malade prend encore le *chinin. sulfuric.* 1^{re} trit. 0,25 pendant quelque temps jusque vers le 4 décembre.

La fièvre n'ayant pas reparu, le malade peut manger à sa faim, et les forces reviennent assez rapidement.

OBSERVATION XXIV. — *Fièvre typhoïde.*

M..., 28 ans, garçon de bureau. Entré le 19 octobre, sorti le 21 décembre. Lit n° 4.

Quelques frissons il y a huit jours ; le malade est resté courbaturé depuis.

Épistaxis hier matin, le malade n'est pas sujet à cet accident. Céphalalgie, sommeil très léger s'accompagnant de cauchemars. Beaucoup plus de fièvre depuis quelques jours. Perte complète de l'appétit : langue sale, rouge à la pointe.

Le 19 octobre. — Temp. s. 38.6. P. 92. Quelques frissons ; rien à l'auscultation. *Baptisia* 1^{re} décimale.

Le 21 octobre. — Temp. m. 38.5 et s. 38.9. Pas de

nouveaux frissons. Un peu de gargouillement, mais pas de diarrhée ; pas de taches. Même traitement.

Le 23 octobre. — Temp. m. 38.7 et s. 40.1. Un peu de coliques, mais toujours pas de diarrhée, ni de taches. Pas du tout de sommeil. Même traitement jusqu'au 28 octobre.

La fièvre semble vouloir céder depuis quelques jours : le sommeil et l'appétit sont un peu revenus et le malade se croit guéri. Il reste encore un peu de sensibilité du ventre, avec coliques, pour lesquels on donne le *plumbum* 30.

RECHUTE. — Vers le 6 novembre, le malade, qui commençait à se lever, est repris d'épistaxis, et se couche tout courbaturé et en proie à une fièvre assez vive.

Le 7 novembre. — Le malade n'a pas reposé la nuit. Temp. m. et s. 39.5. On revient à *baptisia* 1^{re} décimale.

Le 8 novembre. — Temp. m. 39.5, et s. 40. Même état ; insomnie, anorexie, fièvre vive.

Même traitement, auquel on joint les lotions et les lavements froids à cause de la température surélevée du malade.

Le 10 novembre. — Temp. m. 39.6, et s. 39.8. La température restant élevée, on donne le *sulfate de quinine* 0,75 centig.

Le 11 novembre. — La température n'est plus que de 38.5 matin et soir. Il y a eu une nouvelle épistaxis la veille; la fosse iliaque est douloureuse. On redonne le *sulfate de quinine* 0,75 centig.

Le même traitement jusqu'au 15 novembre. Les

températures de chaque soir n'ont plus dépassé 39 et celle de ce matin est de 38.4. Une belle éruption est survenue depuis quelques jours ; il n'y a toujours pas de diarrhée, mais une grande faiblesse avec insomnie. *Phosphorus*, 6. du 15 au 20 novembre.

La température, qui avait continué de décroître les premiers jours, recommence à monter. Un peu de douleur en urinant. *Metall. alb.* 2^e trit. 0,20 jusqu'au 23.

Le 23 novembre. — La fièvre est définitivement tombée, mais le malade offre quelques symptômes de cystite. *Cantharis* 6 du 23 au 28 novembre.

Le 28 novembre. — La guérison semble assurée, le malade s'est remis à manger et à dormir. Il n'a pas eu un seul jour de diarrhée, et l'on a dû recourir aux lavements pendant tout le temps de sa maladie. *China T. M.*

Le 4 décembre. — Le malade, qui va très bien et se lève, est pris de coliques, cette fois avec diarrhée ; mais il n'y a pas apparence de fièvre, et quelques jours de traitement avec *metall. alb.* 3 et *bismuthum* 2^e trit. 0,25 par jour l'ont bientôt remis sur pied.

Le malade sort complètement guéri le 21 décembre.

OBSERVATION XXV. — Fièvre typhoïde.

M... 16 ans. Entré le 3 octobre, sorti le 15 novembre. Lit n° 5.

Alité depuis 8 jours. Traînait depuis 15.

Epistaxis ; beaucoup de diarrhée. Tousse, quelques râles de bronchite, pas de taches.

Le 3 octobre. — Temp. m. 39.5. et s. 40.1. *Baptisia* 1^{re} décimale.

Le 4 octobre. — Temp. m. 39.8 et s. 40.1. Insomnie avec agitation la nuit. Diarrhée abondante ; ventre douloureux. Pas de taches. *Belladone* 3 et *muriatis acid.* 3.

Le 6 octobre. — Temp. m. 39.2, et s. 40. Un peu moins de céphalalgie mais toujours de l'agitation. La température reste toujours élevée : à cause de la toux, on n'ose essayer les lotions, et l'on donne *sulfate de quinine* 0,50 et *belladone* 3.

Le 8 octobre. — La température reste élevée malgré le traitement à la *quinine*. La diarrhée persiste avec l'insomnie, les râles augmentent. *Sulfate de quinine* 0 gr. 50 et *ipeca* 3.

Le 10 octobre. — A peine s'il y a moins de fièvre, mais les symptômes thoraciques sont meilleurs. Les nuits sont aussi plus calmes. 2 à 3 selles seulement en diarrhée. Même traitement.

Le 15 octobre. — La température est toujours de 39.5 chaque soir, sans grandes oscillations. La diarrhée se supprime, et le malade tousse beaucoup moins depuis quelques jours. *Chinin. sulfuricum* 1^{re} trit. 0,30, et *ipeca* 3.

Le 21 octobre. — Il n'y a plus de diarrhée et le malade se sent beaucoup mieux : il est entré dans la période des grandes oscillations. Le sommeil est presque bon depuis quelques jours ; l'appétit revient ; seule, la toux persiste avec quelques râles de bronchite. *Ipeca* 3 jusqu'au 4 novembre.

En ce moment le malade est déjà bien remis : la

toux a disparu, et il peut commencer à se lever. La fièvre est définitivement tombée vers le 24 octobre, et n'est pas revenue avec la première alimentation. *China* 3 pendant quelques jours encore jusqu'à guérison complète.

OBSERVATION XXVI. — *Fièvre typhoïde.*

M..., 13 ans. Entré le 1^{er} octobre, sorti le 19 novembre. Lit n° 6.

Alité depuis 4 jours, mal en train depuis 15.

Céphalalgie ; vertiges ; perte d'appétit, épistaxis ; gargouillements, mais pas de diarrhée.

Toux : râles de bronchite assez nombreux.

Le 1^{er} octobre. — Temp. m. 39.9. *Baptisia* 1^{re} décimale.

Le 2 octobre. — Temp. m. 39 et s. 39.8. Langue sèche ; soif vive ; grande faiblesse, pas de taches. *Metall. alb.* 3^e trit.

Même état ; même traitement jusqu'au 5.

Le 5 octobre. — Temp. m. 39 et s. 39.8. Le malade accuse une céphalalgie plus vive : un peu de délire tranquille chaque soir. La toux persiste. Il n'y a toujours pas de taches, mais un peu de diarrhée ; langue très sale. *Belladone* 3 et *metall. alb.* 3^e trit. qu'on continue jusqu'au 7.

Le 7 octobre. — La température est toujours élevée. L'agitation augmente avec le délire. Diarrhée modérée. On donne le *sulfate de quinine* 0 gr. 50 chaque jour, auquel on joint *hyosciamus* 3 à cause de l'agitation et de la toux de la nuit.

Le 13 octobre. — Il y a un peu de mieux : il y a

surtout moins de toux et de délire. La température est aussi un peu moins élevée et ne dépasse plus 39.5. Par ailleurs, il y a toujours un peu de diarrhée; la langue est toujours très sèche; la somnolence semble vouloir remplacer depuis ce matin l'agitation des jours précédents. On donne *opium* 3 jusqu'au 16.

Le 16 octobre. — Le malade est plus réveillé, et son délire l'a même repris. La température est remontée un peu les jours précédents : la toux reprend. On revient au *sulfate de quinine* 0 g. 50 avec *ipeca* 3.

Le 19 octobre. — Le malade est entré dans la période des grandes oscillations, temp. m. 37.5, et s. 39.1. Il n'y a plus de diarrhée, et la langue est moins sèche. La toux persiste; *ipeca* 3 et *metall. alb.* 3.

Le 21 octobre. — La température du soir ne dépasse plus 38; les nuits sont bonnes; la diarrhée n'est pas revenue. *Tartarus emeticus* 3^e trit. contre la toux persistante.

Le 25 octobre. — La langue est bien détergée et l'appétit revient. Les râles ont enfin disparu. *Chinin. sulfuric.* 1^{re} trit. 0,25 à cause du mouvement fébrile revenant chaque soir; puis *chinin.* 3 à partir du 1^{er} novembre jusqu'à la sortie. Le malade quitte l'hôpital complètement guéri le 19 novembre.

OBSERVATION XXVII. — *Fèvre typhoïde.*

M..., 34 ans. Entré le 31 octobre, sorti le 3 décembre.
Lit n° 8.

Pas de maladies fébriles antérieures.

Truîne depuis plus de dix jours. Se plaint surtout de la céphalalgie et d'une courbature générale.

Tousse un peu : quelques râles de bronchite seulement.

Sensibilité exagérée du ventre dans la fosse iliaque droite. Gargouillement.

Pas d'épistaxis, ni de taches.

Langue très sale, rouge à la pointe. Un peu de diarrhée.

Le 31 octobre. — Temp. s. 40. *Aconit* T. M.

Le 1^{er} novembre. — Temp. m. 39.2 et s. 40.1. Même état. Insomnie, mais pas d'agitation. Peu de diarrhée. Même traitement.

Le 2 novembre. — Temp. m. 38.7, et s. 40. Quelques taches. La toux augmente. *Aconit* T. M. et *ipeca* 6 qu'on continue le 3.

Le 4 novembre. — Temp. m. 38.5, et s. 39.7. Les nuits sont moins bonnes. La diarrhée augmente sensiblement ; la langue est plus sèche. Belle éruption. *Muriatis acid.* 3 et *belladone* 3.

Le 6 novembre. — L'éruption est devenue confluyente et envahit le thorax. Même traitement.

Le 9 novembre. — Temp. m. 38.3, et s. 38.8. Un peu moins de fièvre par conséquent, la diarrhée diminue, mais l'insomnie persiste, ainsi que la céphalalgie. Toujours un peu de toux, mais modérée. Même traitement.

Le 12 novembre. — Temp. m. 37.4, et s. 38.4. Il y a un mieux sensible ; le malade a un peu reposé et la diarrhée se supprime. On ne trouve plus de râles à l'auscultation. Même traitement.

Le 15 novembre. — Il n'y a plus de fièvre le matin,

l'appétit revient : on autorise les œufs en plus des potages. Même traitement.

Le 19 novembre. — Il n'y a plus de fièvre du tout; l'appétit est vorace; la langue très belle. *China T. M.* pour aider la convalescence, qui s'achève d'ailleurs assez promptement et sans aucun accident.

Le malade quitte l'hôpital bien guéri le 3 décembre.

Des Manifestations oculaires de la Syphilis.

Avant d'aborder l'étude des affections oculaires relevant de la syphilis, je tiens à établir d'une façon précise la valeur nosologique de ce terme, qui, il y a peu de temps encore, englobait indistinctement toutes les maladies dites vénériennes, et qui, même aujourd'hui, prête, en dépit des distinctions formulées par la plupart des syphilographes modernes, à d'irrationnelles et regrettables confusions.

La syphilis est une maladie *constitutionnelle*. (J'appuie à dessein sur ce qualificatif qui, tout en généralisant ses manifestations à l'organisme entier, l'individualise en quelque sorte et la sépare nettement d'affections similaires quant à la localisation, mais absolument différentes au point de vue de l'étiologie des symptômes, et par suite du pronostic et du traitement.)

Les lésions vénériennes proprement dites, affections entièrement *locales* et dont l'action s'épuise au

lieu même de la contamination primitive ou secondaire sont, d'une part, la blennorrhagie, de l'autre les *dermatites* : erythèmes, vésico-pustules, ulcérations plus ou moins étendues survenant à la suite d'un coït impur, et parmi lesquelles je range le *chancre mou*, *non infectant*, qui pas plus que la blennorrhagie, la balanite ou l'herpès *præputialis* ne donne lieu à une viciation générale de l'organisme et à la manifestation d'*accidents secondaires et tertiaires*.

La blennorrhagie aujourd'hui n'offre plus matière à discussion. Pour tous elle constitue une maladie distincte, locale, susceptible de se reproduire après guérison et partant absolument étrangère à la syphilis qui, elle, ne guérit pas ; mais il n'en est pas de même du chancre mou, et nombre d'auteurs *unicistes*, se fondant sur certaines ressemblances plus apparentes que réelles, continuent à admettre que cette affection est au chancre hunterien ce que la varioloïde est à la variole, c'est-à-dire une simple variété plus bénigne pouvant, selon les circonstances et l'idiosyncrasie du sujet, se transmettre comme contagion locale, ou au contraire engendrer une succession d'accidents constitutionnels.

Quelque respectable que paraisse au premier abord une opinion partagée par des hommes tels que Hahnemann, Jahr, Davasse, Jousset, Bahr, Schneider, etc., je ne crois pas qu'il soit aujourd'hui permis de l'accepter. Hughes, dans notre école, Ricord et ses élèves parmi les allopathes, ont, par l'autorité incontestable et d'ailleurs incontestée de leur pratique *spéciale*, établi d'une manière irréfutable, selon moi,

qu'une scission pathologique était nécessaire entre la syphilis d'une part et le chancre *non infectant* de l'autre.

La syphilis est une maladie *constitutionnelle*; le chancre mou, qu'il revête la forme bénigne ou prenne le caractère phagédénique, est une affection locale, qui, comme l'avoue d'ailleurs le Dr Jousset, « *parcourt son évolution tout entière dans la partie contaminée !* »

La syphilis est comme la goutte et la phthisie ; une fois déclarée, elle imprime à l'organisme une viciation spéciale, indélébile, qu'un traitement approprié ou des circonstances particulières peuvent faire rester à l'état latent, mais qui, quoi qu'on fasse, n'abandonne jamais l'individu contaminé, et qui, par suite, annule toute possibilité de récidive. Le chancre mou, au contraire, est une ulcération locale, dont la guérison absolue est la règle, et qui chez le même sujet peut se reproduire presque indéfiniment.

Il n'est pas jusqu'au traitement qui, essentiellement différent dans les deux cas, ne serve à prouver d'une façon évidente la distinction que l'on doit établir entre ces deux maladies. Alors, en effet, que *mercurius* et *kali iodatum* sont, de l'aveu de tous et abstraction faite des divergences posologiques, les deux médicaments véritablement appropriés à la syphilis, il est avéré que dans les ulcération locales et vénériennes proprement dites ces remèdes, loin d'avoir la moindre efficacité, sont toujours inutiles, souvent même dangereux. « *La forme bénigne* de la syphilis, » — dit le Dr Jousset, qui entend par ce mot

le chancre non infectant — « ne réclame pas d'autre traitement que celui des ulcérations simples et des engorgements ganglionnaires inflammatoires qui les accompagnent. Cautérisation abortive au début. Plus tard, pansement avec le vin aromatique ; cataplasme sur l'ouverture des bubons suppurés. » — Et un peu plus loin :

« La forme phagédénique offre des difficultés considérables; elle est aggravée par le mercure (?) et n'est nullement modifiée par l'iodure de potassium. »

Me basant sur les distinctions que je viens d'établir, je reprends donc la définition de la syphilis, telle que je la comprends. « La syphilis est une maladie spécifique et constitutionnelle qui se transmet, soit par l'hérédité, soit par le contact, et qui est constituée par des lésions multiples évoluant par périodes dont la marche est ordinairement déterminée.

Ces prémisses établies, nous pouvons maintenant aborder l'objet de ce travail, c'est-à-dire l'étude des manifestations oculaires de la syphilis.

Ces manifestations sont, on le sait, des plus fréquentes. Elles offrent, en outre, une telle variété de lésions et de symptômes que j'ai cru devoir, pour en faciliter la compréhension, les rattacher par groupes chronologiques aux différentes périodes de la maladie.

J'examinerai donc successivement :

1° Les lésions oculaires relevant de la syphilis héréditaire; 2° Celles qui se manifestent au cours d'une syphilis acquise, et qui elles-mêmes se subdivisent en :

- a. Accidents primaires. Chancre induré oculaire.
- b. Accidents secondaires. (Iritis simple ou précoce, irido-choroïdite, choroïdite aréolaire, rétinite et névro-rétinite.
- c. Accidents tertiaires (Iritis tardive ou gommeuse, névrite, névro-rétinite et atrophie consécutive à des gommes cérébrales. Paralysies musculaires relevant de la même cause).

I

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE.

Identique à la syphilis acquise, au point de vue de la viciation constitutionnelle, la syphilis héréditaire en diffère par le mode de contagion. Dans l'une, c'est le malade lui-même qui est contaminé; dans l'autre, c'est le générateur.

Existant, en fait, au moment de la naissance, elle n'est plus, on le comprend, susceptible de se manifester à l'état d'accident primaire et sous forme de chancre. Les deuxième et troisième périodes de la maladie sont seules possibles, et c'est sous cette double forme qu'elle apparaît, soit peu de temps après la naissance (syphilis héréditaire congénitale) soit à une époque plus reculée correspondant généralement à la deuxième dentition et à la puberté, (syphilis héréditaire proprement dite).

Dans la forme congénitale, où la contamination génératrice s'est exercée d'une façon grave, et où la malignité du virus éclate par l'apparition de symptômes précoces, à marche généralement aiguë et d'un

caractère éminemment contagieux, les manifestations oculaires sont rares, quoi qu'en dise Buffum, et l'iritis qui se produit parfois concurremment aux éruptions cutanées (ragades, pustules et plaques muqueuses), ne diffère pas sensiblement de celle qu'on observe dans la forme acquise. Peu douloureuse, offrant une injection périkeratique insignifiante et n'affectant en général qu'un seul œil, elle passe souvent d'ailleurs inaperçue et n'est diagnostiquée que longtemps après, alors que les synéchies postérieures totales ou partielles produites par l'exsudation plastique inflammatoire ont rendu l'œil atteint absolument et définitivement impropre à la vision.

Il est à remarquer, en effet, que ces synéchies totales, si dangereuses lorsqu'elles se produisent chez l'adulte, offrent, durant l'enfance, une innocuité presque absolue, et que presque jamais l'on ne voit survenir d'accidents sympathiques.

La raison en est simple : chez l'enfant, les membranes qui constituent le globe de l'œil ont une résistance relativement très faible. Qu'à un moment donné surviennent des synéchies postérieures totales, entravant les échanges endosmo-exosmotiques de l'humeur aqueuse et du corps vitré, il se produira immédiatement une irritation de la région ciliaire avec hypersécrétion consécutive des liquides intra-oculaires. La tension, par suite, s'élèvera ; mais son action compressive, au lieu de s'émousser comme chez l'adulte sur une carapace dure, fibreuse, inextensible, et de se porter alors uniquement sur la zone ciliaire et le nerf optique, points essentielle-

ment sensibles et délicats, son action, dis-je, se répartira sur l'ensemble du globe, dont les enveloppes céderont d'une manière uniforme, entraînant une ectasie générale qui, pour être insensible, n'en suffira pas moins à l'amortissement de la période aiguë, la seule qui soit vraiment dangereuse au point de vue de la détermination d'accidents sympathiques.

Le pronostic, relativement bénin, comme on voit, si on le compare à ce qui se passe chez l'adulte, n'en comporte cependant pas moins une certaine gravité. Lorsque l'iritis est méconnue, ce qui, malheureusement, est la règle, il est rare que l'œil atteint ne subisse pas des altérations de structure assez considérables pour entraîner, dans la plupart des cas, une perte complète de la vision qualitative, et parfois même quantitative. Si l'affection est, au contraire, prise à temps et traitée d'une manière rationnelle, on voit, en peu de jours, survenir un amendement général de tous les symptômes. L'injection s'efface, l'iris reprend sa coloration normale, les exsudats se résorbent, et l'œil ne tarde pas à recouvrer son aspect et son fonctionnement physiologique.

Nous reviendrons plus loin sur le traitement de l'iritis, envisagée comme inflammation locale d'abord et surtout comme manifestation d'un état général vicié. Rappelons seulement ici que l'affection oculaire n'est rien, comparée au délabrement constitutionnel dont la précocité des manifestations spécifiques est l'indice, et que tous nos efforts doivent tendre à relever un organisme anémié et manquant de résistance. *Iodium, calcaria, hepar sulfuris* trou-

veront là leur application toute naturelle, et seront pour le moins aussi utiles que *mercurius*, *apis mellifera* et *belladonna*.

L'iritis peut être considérée comme la manifestation oculaire la plus précoce de la syphilis héréditaire. C'est en quelque sorte un accident aigu, résultant d'une contagion exceptionnellement virulente et active. L'irido-choroïdite et les phénomènes glaucomateux qui surviennent lorsqu'elle est abandonnée à elle-même ou qu'elle est mal soignée, sont une conséquence en quelque sorte mécanique de l'inflammation primaire et ne constituent pas de maladies distinctes.

Il n'en est pas de même de la névrite optique et de la névro-rétinite qui se manifestent quelquefois un peu plus tard. Ce sont là des lésions profondes, dues généralement à des gommes cérébrales ou à des altérations méningées, dont la terminaison presque constante est la mort. Etant donné d'ailleurs le jeune âge des sujets, il est rare que la médication puisse arrêter le processus atrophique. La cécité survient complète, irrémédiable.

Si la syphilis héréditaire *congénitale* est enrayée, ou qu'elle ne se manifeste qu'après la première enfance et sous forme de *syphilis héréditaire* proprement dite, il est excessivement rare que l'on voie survenir une iritis, accident essentiellement aigu d'une contagion récente. La maladie générale, tout en restant elle-même, s'est en quelque sorte transformée. D'aiguë, elle est devenue chronique, et sa généralisation, atténuée par le temps ou la médication,

s'est pour ainsi dire fondue en une viciation mixte qui relève autant de la scrofule que de la syphilis. Je sais que cette opinion n'est pas universellement partagée, et que je trouverai dans notre école même de nombreux contradicteurs. La délimitation des symptômes particuliers à chacuné de ces maladies n'est malheureusement pas assez nette pour que l'on puisse à première vue et d'emblée faire la part de chacune. Mais j'ai maintes fois déjà eu l'occasion d'observer des faits qui, pour moi, sont probants. N'a-t-il pas d'ailleurs été prouvé par Ricord que si le chancre du père ou les accidents primitifs et secondaires de la mère sont directement inoculables au fœtus, en revanche, les enfants nés de parents atteints d'accidents tertiaires n'héritent pas du vice syphilitique, mais que généralement ils deviennent scrofuleux. Cette transformation constitutionnelle n'est pas, selon moi, fatalement liée à la période génératrice, et rien ne prouve jusqu'ici qu'elle ne puisse se produire à d'autres moments et par le fait même des conditions de vie et d'hygiène où l'enfant se trouve placé à partir de sa naissance.

Quoiqu'il en soit, et abstraction faite de tout système, il n'en reste pas moins vrai que l'un des accidents tertiaires les plus communs de la syphilis héréditaire est la *kératite interstitielle*, improprement appelée *parenchymateuse*. Survenant ordinairement après une longue période d'accalmie, parfois même comme manifestation initiale de la syphilis, cette affection est longtemps demeurée une énigme pour les oculistes. Hutchinson le premier s'appuyant

sur l'existence d'éruptions cutanées, d'iritis, ou d'autres accidents spécifiques antérieurs, rattache cette lésion à la syphilis héréditaire, dont elle serait en quelque sorte le criterium. Pour être vraie parfois, cette déduction n'en est pas moins exagérée. La débilité constitutionnelle du malade et l'échancrure marginale des incisives, si pathognomonique au dire de cet auteur, ne prouvent pas du tout que la syphilis soit seule en cause. Les scrofuleux ne sont généralement pas d'une santé bien florissante et, pour ma part, j'ai souvent observé des enfants présentant la caractéristique dentaire d'Hutchinson, et chez lesquels, en remontant aussi loin que possible dans l'existence des ascendants, on ne parvenait pas à découvrir la moindre trace de syphilis. En revanche, il n'est pas rare de rencontrer des kératites interstitielles typiques chez des sujets dont la dentition est absolument normale.

Il y a donc lieu, selon moi, de restreindre la portée des affirmations d'Hutchinson. Comme plusieurs autres affections profondes, telle que l'ostéite et la carie, cette kératite est un accident mixte, à étiologie généralement problématique, et l'on sera plus près de la vérité en disant qu'elle est toujours l'indice d'une constitution dégradée, et que si parfois elle relève directement d'une syphilis latente ou passée à l'état chronique, elle est souvent aussi un accident strumeux.

La kératite interstitielle est rare dans le jeune âge ; une seule fois, je l'ai vue se manifester à l'âge de six ans ; mais généralement elle n'apparaît qu'a-

près douze ans (Abadie), pour atteindre son maximum de fréquence de dix-huit à vingt ans. Les conditions climatiques ont peut-être quelque influence sur le moment de son apparition, car le Dr Buffum, de Chicago, lui assigne des limites sensiblement plus précoces, et dont la moyenne varierait selon lui, de sept à quinze ans. Il ajoute, il est vrai, que « exceptionnellement on la voit survenir soit plus tôt, soit plus tard ».

Quoi qu'il en soit, voici quels sont les signes objectifs et fonctionnels qui, généralement, caractérisent l'évolution de la kératite interstitielle.

Au début, l'on ne constate, le plus souvent, qu'un albugo grisâtre à contours diffus, qui du centre de l'une des cornées s'étend progressivement à la totalité de cette membrane. Superficielle en certains points, plus profonde en quelques autres, cette opacité nuageuse donne à la cornée l'aspect d'un verre irrégulièrement dépoli, dont la transparence est toutefois suffisante pour permettre sinon de distinguer nettement, du moins de reconnaître la configuration des parties qu'elle recouvre. Peu à peu cependant, l'infiltration interstitielle s'accroît par l'apport incessant de nouveaux corpuscules lymphatiques à travers les mailles des faisceaux fibrillaires dissociés et après un laps de temps, qui varie entre quelques semaines et plusieurs mois, il arrive enfin un moment où la cornée, entièrement opaque, ne se laisse même plus traverser par l'éclairage oblique, et où l'exploration de l'iris devient absolument impossible.

Telle est, en quelques mots, la succession des

symptômes *objectifs* qui se manifestent dans la forme la plus commune de la maladie ; celle où l'infiltration cornéenne est le seul phénomène appréciable, et où le processus morbide, évoluant avec une lenteur extrême, ne s'accompagne d'aucune réaction inflammatoire telle qu'injection périkeratique et lacis vasculaire intra-cornéen. Dans cette forme *indolente*, les douleurs sont généralement nulles, la photophobie est insignifiante, et le seul symptôme *subjectif* est un trouble de la vision qui, d'abord très-léger, s'accroît de plus en plus, à mesure que l'opacification se généralise, et qui, au moment où la maladie arrive à sa période d'état, entraîne, du côté primitivement atteint, une cécité passagère, tout au moins qualitative.

A ce moment, ou quelquefois un peu plus tôt, le processus qui jusqu'alors était resté localisé sur une cornée, se généralise, et tandis que d'un côté l'infiltration se résorbe, de l'autre elle apparaît sous forme d'un léger nuage qui n'est que le prélude d'une opacification générale analogue à celle de l'œil primitivement affecté.

Le Dr Buffum, déjà cité, dans sa symptomatologie de la kératite interstitielle, insiste sur « l'injection souvent très-prononcée de la zone ciliaire, et sur les fines arborisations vasculaires qui, de cette région, se répandent dans la cornée, notamment dans sa partie supérieure. »

Ces quelques mots sembleraient faire croire que la vascularisation cornéenne est un fait constant. Il n'en est rien pourtant. L'addition de ce nouvel élé-

ment, étranger comme je l'ai dit plus haut à la *forme indolente*, constitue l'un des caractères pathognomoniques de la *forme vasculaire*, variété sensiblement plus rare qui, bien que je l'aie parfois observée dans la syphilis héréditaire, me paraît devoir être plus fréquemment symptomatique d'une diathèse scrofuleuse.

Ajoutons toutefois que la délimitation entre ces deux formes est souvent peu tranchée, qu'elles se succèdent parfois et se fondent l'une dans l'autre, et que si la présence ou l'absence de vascularisation peut dans la plupart des cas, conduire à des hypothèses *probables* sur la diathèse génératrice de l'affection oculaire, elle ne doit, dans aucun, être regardée comme suffisante pour établir un diagnostic étiologique précis et sans conteste.

A l'inverse de la forme *indolente*, qui n'entraîne aucune réaction inflammatoire proprement dite, la forme *vasculaire* s'accompagne généralement de douleurs assez vives, avec photophobie et sensibilité du globe à la pression, notamment au voisinage de la région ciliaire. Cette acuité des symptômes est l'indice d'une marche relativement rapide. Elle est également de bon augure pour le pronostic final et permet de faire espérer au malade une résorption complète des produits infiltrés. Lorsque l'affection revêt la forme *indolente*, cette heureuse terminaison est plus rare, ce qui tient moins, je crois, à la gravité de la kératite, qu'à la négligence du malade qui, découragé par la lenteur extrême de l'affection, cesse souvent de se soigner, alors qu'une médication continuée

serait indispensable pour amener la résorption complète de ses leucomies.

Il importe donc que le médecin prenne à tâche de veiller à la stricte et permanente observation du traitement ordonné par lui, que, dès le début, il prévienne son malade de la durée approximative de son affection, durée qui, quoi qu'on fasse, est toujours, pour la forme indolente au moins, une question de mois. S'il est appelé dès le début de la kératite, il possède un moyen généralement sûr de s'attirer la confiance du patient, c'est de lui prédire l'époque et les circonstances d'apparition des phénomènes morbides sur le second œil, alors indemne. La réalisation de ces faits, absolument certaine dans l'immense majorité des cas, exerce toujours sur l'esprit du malade une influence qui entrave ou tout au moins ajourne le découragement, et permet au médecin d'arriver à force de soins de tact et de patience à la guérison absolue.

Quant au traitement en lui-même, il est double, local et général.

Au début, et lorsque l'opacification de la cornée s'accompagne d'une légère injection perikératique, avec douleurs modérées et photophobie insignifiante, on se trouvera bien d'instiller trois ou quatre fois par jour une à deux gouttes d'un collyre, contenant 2 centigrammes de *sulfate neutre d'atropine* pour 30 grammes d'eau distillée. Il importe, en effet, d'enrayer l'irritation ciliaire et irienne dont cette subacuité des symptômes est l'indice.

A fortiori devra-t-on, dans la forme vasculaire pro-

prement dite, employer ce mydriatique dont, le cas échéant, on doublera la dose. Ces précautions externes, parfaitement inoffensives d'ailleurs, suffiront, dans la plupart des cas, pour entraver une iritis, affection secondaire qui constitue un danger d'autant plus grand que les opacités cornéennes empêchent généralement d'en suivre exactement l'évolution.

Comme adjuvant externe, je me suis également bien trouvé de pulvérisations d'eau chaude, répétées tous les deux jours, durant cinq minutes environ. Dans ces derniers temps, j'ai employé, au lieu d'eau pure, une solution de *merc. corros.* 3° (X gouttes pour 100 grammes d'eau). J'ai cru remarquer que les opacités diminuaient un peu plus vite que par le passé.

Le traitement interne varie selon que l'on a affaire à la forme vasculaire ou à la forme indolente.

Dans la première qui, comme je l'ai dit, est assez rare et qui constitue un accident aigu et en quelque sorte secondaire de la syphilis héréditaire, *merc. sol.*, préconisé par les D^{rs} Allen et Norton, est le médicament qui m'a jusqu'ici rendu les plus grands services. Il correspond bien en effet aux symptômes d'acuité, douleurs, photophobie, injection périkeratique irienne et cornéenne que l'on trouve dans cette forme. L'aggravation nocturne des douleurs signalée par les auteurs américains est un symptôme plus rare dans cette variété de kératite ; il m'a paru relever plutôt de *merc. corros.*, qui, à trois reprises différentes, m'a donné un amendement très-rapide des exacerbations. J'ai presque toujours donné ces médicaments à la 3^{me} ou à la 6^{me}.

Dans la forme indolente, j'emploie de préférence *kali. iod.* à haute dose (5 à 6 gouttes de T. M. dans 250 grammes d'eau, 4 cuillerées par jour). Ce médicament dans tous les cas où l'origine spécifique était hors de doute et seule en cause, m'a paru avoir plus d'action qu'*aurum mur.* Cette dernière préparation est surtout efficace, je crois, dans les formes mixtes, où il y a concomitance ou manifestation antérieure d'accidents scrofuleux. La vascularisation et la photophobie indiquées par les D^{rs} Allen et Norton comme relevant d'*aurum mur.* sont bien plus souvent, en effet, des phénomènes strumeux que des troubles spécifiques.

La médication dont je viens de parler suffit-elle à amener la guérison de la kératite interstitielle? Oui, dans les cas simples, bénins, et lorsque le sujet se trouve, en dépit de sa syphilis héréditaire, dans des conditions relativement satisfaisantes d'hygiène et de santé. Mais il ne faut pas oublier que ces cas heureux sont l'exception et non la règle, que, comme le dit très bien Richard Hughes, « l'état constitutionnel provoqué par la syphilis est celui de la *chloro-anémie* », qu'enfin la santé générale de ces malades étant presque toujours très-défectueuse, il importe de suivre, en pareille circonstance, les sages conseils que donnent les D^{rs} Allen et Norton dans leur *Thérapeutique ophthalmique*, et de prescrire, en même temps qu'une médication locale, une médication générale tonique, appropriée à l'âge et à la constitution du sujet, et comprenant une hygiène sévère, le séjour à la campagne, les promenades au

grand air, une alimentation saine et fortifiante, et par dessus tout, l'éloignement de toutes sortes d'excès.

Grâce à ces soins, on arrivera généralement à reprendre aux deux cornées leur transparence complète. Mais si, malgré tout, des taches persistaient en quelques points, on se trouverait bien d'insister sur les pulvérisations d'eau chaude, répétées une ou deux fois par jour, en même temps qu'à l'intérieur on prescrirait *præcipit. flav.* 1^{re} triç., *calcareæ carb.*, *cannabis*, et *guarea* 3^{me} et 6^{me}, dont on doit la réintroduction dans notre thérapeutique au Dr Claude (1) et qui nous a souvent rendu service.

Les chorio-rétinites, névrites, atrophies des nerfs optiques et paralysies musculaires qui surviennent parfois, comme manifestations tertiaires et quaternaires d'une syphilis héréditaire sont, la dernière affection surtout, excessivement rares. D'après les symptômes que leur assigne le Dr Buffum, elles ne semblent pas différer des affections similaires relevant d'une syphilis acquise. — Aussi n'y insisterons-nous pas en ce moment.

II.

SYPHILIS ACQUISE.

La syphilis acquise est celle qui résulte d'une contagion post-foetale, et dont la première manifestation est un chancre infectant. J'appuie à dessein sur ce qualificatif qui ne préjuge pas la question si controversée et d'ailleurs discutable de l'induration, réputée pathognomonique du chancre spécifique. A part en

(1) Voir *N. Engl. Med. Gaz.*, déc. 1876 et l'*Art Médical*, mai 1879.

effet les cas typiques, où examinée sur un tissu souple comme l'est celui de la verge par exemple, la base d'implantation de l'ulcère offre la consistance de la corne, l'induration chancreuse est la plupart du temps toute relative, et sa valeur comme élément de pronostic dépend d'appréciations tactiles si délicates qu'on ne saurait apporter trop de réserve dans le contrôle des conclusions qu'elle engendre.

C'est à cette incertitude symptomatologique qu'il faut, je crois, attribuer la confusion qui a régné et règne encore parmi les syphiliographes, et l'admission irrationnelle, quoique spécieuse, du chancre mou dans la vérole, admission qui, pour des esprits portés à la systématisation, a servi de prétexte tout naturel à l'englobement en masse de toutes les maladies vénériennes, blennorrhagie, végétations, syccose, voire même psore acarienne !

Je tiens à le répéter ici : la syphilis, pour moi, n'a ni sous-ordre, ni variétés. Elle peut être grave ou bénigne, mais elle est toujours une et toujours identique. Résultant d'une *contagion indispensable* à sa genèse, elle a, comme je le disais plus haut, pour manifestation première un chancre infectant, accompagné d'une adénopathie spéciale, accidents primitifs qui *toujours* sont, à plus ou moins bref délai, suivis d'un ou plusieurs accidents secondaires, et quelquefois, plus tard, d'accidents tertiaires et quaternaires.

Je ne parlerai donc ici ni de l'ophtalmie blennorrhagique, ni du chancre mou des paupières, affections qui peuvent coïncider avec la syphilis, mais qui n'ont avec elle aucune relation, et restent, quoi qu'il

arrive, des accidents distincts et purement locaux.

ACCIDENTS PRIMITIFS.

Chancre infectant de la conjonctive et des paupières.

Le chancre oculaire est des plus rares, ce que l'on comprendra sans peine, si l'on réfléchit que la contagion n'est plus apte à produire un deuxième chancre chez un sujet atteint. C'est là, bien plus que dans la situation spéciale et éloignée de l'œil, qu'il faut chercher la cause de cette excessive rareté; et ce qui le prouve bien, c'est que, presque chaque jour, nous voyons la blennorrhagie qui n'offre pas la même immunité préservatrice, déterminer par contagion directe, des accidents oculaires aussi fréquents que redoutables.

Rare sur la conjonctive bulbaire lubrifiée sans cesse par les larmes, le chancre huntérien se manifeste de préférence sur le bord libre des paupières, siège fréquent d'éraillures, souvent minuscules, mais qui sont suffisantes pour servir de porte d'entrée à la pénétration d'un virus aussi subtil que l'est celui de la syphilis.

L'ulcération chancreuse n'offre d'ailleurs pas de particularités spéciales à cette région et les caractères qu'elle revêt sont ceux que l'on observe habituellement en pareil cas. Le début en est souvent marqué par une simple excoriation de la muqueuse, excoriation généralement antérieure à la contagion syphilitique, et au niveau de laquelle on voit, à la suite de l'inoculation directe, apparaître une ulcéra-

tion arrondie, à bords taillés à pic, et dont l'étendue ne dépasse guère le diamètre d'un gros grain de froment. Comme dans la plupart des chancres huntériens, le fond est grisâtre, entouré d'une auréole violacée, et repose sur une induration généralement *limitée au pourtour de l'ulcération*. Cette circonstance, jointe à la rareté relative et à la bénignité presque constante du chancre oculaire en tant qu'accident local, fait que presque toujours il passe inaperçu. Dans deux cas curieux, où la syphilis ne put être diagnostiquée d'une façon certaine qu'au moment de l'apparition des accidents secondaires, et où la recherche des antécédents révéla l'existence d'ulcération chancreuse manifeste au bord libre des paupières, je me heurtai à des négations persistantes de la part des malades, qui attribuaient leur affection oculaire, l'un à un orgelet écorché par mégarde, l'autre à une piqûre d'insecte, qu'on ne put spécifier.

L'adénopathie spécifique est constante et affecte les ganglions préauriculaires, dont l'induration, très prononcée persiste en général assez longtemps pour qu'il soit encore possible d'en retrouver des traces au moment de l'évolution des accidents secondaires. C'est du reste ce qui nous est arrivé, dans les deux cas cités plus haut.

Quel est le traitement du chancre oculaire ? — A cette question il est difficile de faire une réponse nette et satisfaisante, la plupart des thérapeutes, tant anciens que modernes, offrant une divergence extrême d'opinions, de remèdes, de doses, de résultats obtenus, et ce qui est plus regrettable encore, de

données pathologiques positives. A n'envisager que ce dernier point de vue, ne voyons-nous pas en effet Hahnemann, Jahr, Schneider, Jousset, Léon Simon etc. comprendre indistinctement dans la même maladie le chancre mou, et le chancre induré. Qu'arrive-t-il dès lors ? C'est que les uns prétendent guérir le chancre en quinze jours (Jahr), tandis qu'aux autres il faut un laps de temps variant entre six, huit et dix semaines (Bahr. Schneider) ; que pour les uns la médication prévient *toujours* les accidents secondaires (Hahnemann) et que pour les autres (Bahr) le chancre est invariablement suivi d'accidents secondaires.

Comme le dit Richard Hughes, c'est un véritable chaos, d'où, jusqu'à présent du moins, il semble bien difficile de faire jaillir la lumière. — Aussi, sans chercher à le débrouiller, nous bornerons-nous à tracer, en quelques lignes, la thérapeutique qui nous semble en pareil cas être la plus rationnelle.

Tout d'abord je dois dire qu'envisagé comme affection locale proprement dite, le chancre infectant oculaire offre une bénignité presque absolue et que, le plus souvent, il est susceptible de guérir spontanément.

Cette innocuité toutefois n'autorise pas l'expectation. Car outre qu'il faut toujours compter sur des complications possibles, il semble aujourd'hui démontré qu'un chancre abandonné à lui-même évolue moins rapidement que lorsqu'il est soumis à une médication résolutive.

Parmi les remèdes qui ont été préconisés contre le chancre induré, je citerai *lachesis* et *sulfur*. (Léon

Simon) *cinnabaris* (Rückert) *mercur. viv.* et *mercur. solub.*, ces deux derniers presque universellement usités, à des doses diverses.

J'emploie de préférence *mercur. solub* 1^{re} trois fois par jour, à l'intérieur, et comme application externe des lotions matin et soir, avec une solution de *præcipit rubr.* 1^{re} tritur.

Je me propose à la première occasion de substituer à ces lotions des applications d'une pommade contenant 1 centigramme de *præcipit. rubr.* pour 5 grammes de vaseline pure. Par ce moyen le médicament restera plus longtemps et plus intimement en contact avec l'ulcère, et comme il s'agit, en somme, d'une modification presque exclusivement locale, l'action exercée sera par suite plus prompte et plus efficace.

ACCIDENTS SECONDAIRES.

Les accidents secondaires de la syphilis oculaire sont, autant par ordre de date que par ordre de fréquence :

A. L'iritis secondaire ou precoce.

B. La choroïde arcolaire.

C. Enfin les névrites, rétinites et névro-rétinites indépendantes de néoplasmes intra-crâniens de nature spécifique.

A. — IRITIS SPÉCIFIQUE SECONDAIRE.

De toutes les manifestations oculaires de la syphilis, l'iritis *secondaire* ou inflammatoire est sans con

redit la plus fréquente. Elle apparaît en général assez tôt et coïncide le plus souvent avec l'apparition des premières éruptions muco-cutanées, telles queroséole, plaques muqueuses, etc.

Lorsque l'inflammation irienne ne se manifeste que beaucoup plus tard, c'est-à-dire après l'évolution des accidents secondaires ou comme affection concomitante d'accidents tertiaires, elle revêt en général des caractères spéciaux et constitue une seconde forme d'iritis, que j'appellerai *iritis tertiaire ou gommeuse*, et sur laquelle je reviendrai plus à fond, en traitant de la troisième période de la syphilis acquise.

L'iritis spécifique est ordinairement bilatérale et affecte successivement chacune des deux membranes. Il n'est pas rare toutefois de voir cette affection, enrayée par un traitement approprié, se localiser sur un seul œil. Cette immunité qui se manifeste sur un tiers au moins des cas, est d'autant plus remarquable que presque jamais je ne l'ai vue se produire spontanément.

L'anatomie pathologique de l'iritis secondaire est encore fort incertaine. Existe-t-il des modifications morbides définies dont la caractéristique objective puisse être utilisée dans le diagnostic de l'affection ? Je ne le crois pas. Toujours est-il que jusqu'à présent, cette maladie est, sinon *comme lésions*, du moins *comme signes fonctionnels et symptômes objectifs absolument identique à toutes les autres formes d'iritis*, rhumatismale, goutteuse, traumatique, puerpérale, etc.

... contradiction
... professent
... de la
... La
... se faire
... accep-
... ophthal-
... signature.

La Commission a été chargée d'examiner les propositions de la Commission de la Santé Publique et de la Prévention des Maladies, et de lui faire rapport. Elle a également été chargée d'examiner les propositions de la Commission de la Santé Publique et de la Prévention des Maladies, et de lui faire rapport. Elle a également été chargée d'examiner les propositions de la Commission de la Santé Publique et de la Prévention des Maladies, et de lui faire rapport.

En fait, il est possible de distinguer, d'après la durée de l'écoulement, les écoulements qui sont dus à des lésions vasculaires, des écoulements dus à des lésions de la muqueuse, et des écoulements dus à des lésions de la cavité nasale. Les écoulements dus à des lésions vasculaires sont dus à une lésion de la muqueuse, et les écoulements dus à des lésions de la cavité nasale sont dus à une lésion de la muqueuse. Il ne faut pas confondre les écoulements dus à des lésions vasculaires avec les écoulements dus à des lésions de la cavité nasale, car ils ont des causes différentes et des traitements différents.

Je ne parle ici, bien entendu, que de l'iritis *inflammatoire ou secondaire*, et non de l'iritis *tertiaire ou gommeuse* qui, outre sa coïncidence fréquente avec d'autres accidents tertiaires, présente, dans le paren-

chyme même de l'iris, de petites nodosités jaunâtres, parfois appréciables à l'œil nu. Ces granulations iriennes, examinées il y a quelques années au microscope par le D^r Colbert, ont été reconnues d'une nature identique aux autres gommés viscérales.

J'ai vainement jusqu'ici feuilleté la plupart des traités modernes de maladies oculaires pour y chercher la confirmation d'une théorie dualiste, à la priorité de laquelle j'étais loin de prétendre. Dans aucun je n'ai vu établir cette distinction de deux iritis, l'une secondaire et l'autre tertiaire. Est-il rien cependant qui soit plus rationnel ? Tous les auteurs s'accordent à assigner à l'iritis une date généralement précoce, antérieure ou concomitante aux accidents secondaires ; d'autre part, ces mêmes auteurs avouent que parfois l'iritis est tardive et coïncide avec les premiers accidents tertiaires. Tous enfin reconnaissent, sans paraître y attacher la moindre importance, que certains cas ne présentent aucune particularité spéciale, tandis qu'il en est d'autres où l'on observe dans le parenchyme irien des tubercules jaunâtres constitués par des gommés. N'est-il pas évident que cette dernière variété est essentiellement différente de la première, puisque sa caractéristique est un produit morbide spécial à évolution tardive et dont on ne découvre aucune trace à la période secondaire de la syphilis acquise.

Quoi qu'il en soit, voici, en quelques mots, quels sont les caractères le plus généralement observés dans l'iritis secondaire ou précoce.

Au début, qui souvent est insidieux et ne se mani-

feste que par quelques douleurs vagues et sans acuité, l'on constate autour de la cornée une injection sous-conjonctivale qui, formée tout d'abord d'un lacis très serré, rayonne excentriquement en mailles de plus en plus lâches.

Il est rare que cette injection atteigne l'intensité qu'elle présente parfois dans d'autres formes d'iritis, et qu'il se produise du chémosis. Altéré par l'inflammation et la transsudation des matières colorantes du sang, le tissu de l'iris ne tarde pas à prendre, du côté malade, une teinte spéciale, pathologique et qui généralement est en rapport avec la nuance primitive de cette membrane. Était-elle bleue, elle devient verdâtre, rougeâtre si elle était brune. Il y a toutefois à cette règle de nombreuses exceptions, toutes explicables par de simples phénomènes vasculaires. C'est ainsi que certains auteurs, parmi lesquels je citerai Middle, More, Conradi, Beer et Robertson ont, à diverses reprises, vu des yeux bleus atteints d'iritis « revêtir une belle teinte rouge uniforme comme s'ils avaient été soumis à quelque injection pénétrante » (Mackenzie). Quant à la teinte cuivrée du petit cercle de l'iris, décrite comme pathognomonique de l'iritis spécifique, elle est excessivement rare, ne s'observe guère que sur les yeux bruns, et apparaît indistinctement dans toutes les formes d'iritis, qu'elles soient rhumatismales, traumatiques, spécifiques ou puerpérales.

Un des caractères les plus constants de l'iritis secondaire est une tendance marquée à l'exsudation de la lymphe. Il n'est pas rare de voir l'humeur

aqueuse devenir trouble et floconneuse par l'apport incessant de masses grisâtres mélangées de reliquats pigmentaires dépendant de l'uvéa. Si l'on n'intervient pas à temps et si une médication rationnelle ne vient pas enrayer ce mouvement exsudatif, il arrive presque fatalement un moment où l'organisation inflammatoire des produits sécrétés amène des synéchies postérieures qui, de partielles, finissent par devenir totales et soudent le pourtour de l'ouverture pupillaire à la cristalloïde antérieure. On sait aujourd'hui à quels dangers expose cette barrière apportée à la libre communication des liquides intra-oculaires. L'endo-exosmose des deux chambres étant entravée ou rendue impossible par la tension intra-oculaire surélevée, il se produit une irritation sourde mais permanente de la région ciliaire, irritation dont le terme final est une irido choroïdite et des phénomènes glaucomateux toujours très redoutables.

En revanche, je n'ai jamais vu l'iritis secondaire offrir la moindre tendance à la formation du pus, ce qui, au dire du Dr Angell, serait pourtant chose fréquente. Le Dr Buffum, dans son mémoire sur les manifestations oculaires de la syphilis, est également d'un avis contraire et pense que l'iritis suppurative est une exception très rare.

Les troubles fonctionnels varient naturellement suivant l'intensité des phénomènes inflammatoires.

Au début, il n'existe le plus souvent qu'une diminution légère de la vision, avec paresse des mouvements pupillaires et douleur modérée. Mais si l'affec-

tion n'est pas enrayée, le trouble de la vue se prononce de plus en plus, l'iris attaché à la cristalloïde antérieure par les exsudats lymphatiques finit par devenir immobile et ne réagit plus aux excitations ciliaires.

Il est à remarquer que la douleur, plus intense que celle de l'iritis tertiaire, offre cependant moins d'acuité que dans les formes rhumatismale et traumatique. Il est très rare de rencontrer des irradiations névralgiques le long des branches du trijumeau, et presque jamais la photophobie n'amène ces contractures palpébrales si cruelles pour les malades. En revanche, on observe assez souvent ces exacerbations nocturnes qui paraissent être inhérentes à la forme spécifique.

Je n'insisterai pas sur le diagnostic de l'iritis en elle-même. Il est toujours facile. Ce qui l'est moins, c'est d'apprécier s'il convient ou non d'invoquer l'étiologie syphilitique. Pour arriver à ce résultat, il faut s'aider de tous les renseignements dont on pourra disposer, interroger les malades, je ne dirai pas avec soin, mais avec tact, ce qui est plus sûr, rechercher les antécédents ou commémoratifs buccaux, pharyngiens, cutanés et ganglionnaires, tous accidents qui, étant donnée l'époque d'apparition habituelle de l'iritis secondaire, sont en voie d'évolution ou tout au moins imminents.

Le traitement de l'iritis secondaire est double, local et général, ce dernier ayant d'ailleurs une importance primordiale. Cette dualité est nécessaire et tous l'admettent aujourd'hui, aussi bien allopathes

qu'homœopathes. Le premier résultat de toute iritis abandonnée à elle-même étant d'amener des synéchies postérieures totales, il est de toute nécessité de prévenir ces adhérences ou de les rompre, si elles se sont déjà formées.

Pour arriver à ce résultat il n'est qu'un moyen, l'emploi d'un mydriatique dont l'utilité n'est contestée par aucune école. Dans son *Manuel de Thérapeutique*, le D^r Richard Hughes prescrit, avant toutes choses, un collyre à l'*atropine* destiné à dilater la pupille. Cette pratique est également préconisée par M. Carter, de Londres, et par un de nos plus célèbres oculistes homœopathes, le D^r Vilas (de Chicago) qui, dans un travail récent intitulé : *Thérapeutique de l'iritis* (1), passe successivement en revue les divers mydriatiques employés : *Daturine*, *Duboisine*, *Hyoscyamine* et *Atropine*. C'est à ce dernier qu'il donne la préférence, comme étant le plus prompt et le plus sûr.

C'est aussi la substance que j'emploie. S'il existe déjà des synéchies, je prescris un collyre contenant 5 centigrammes de sulfate neutre d'*atropine* pour 30 grammes d'eau distillée ; mais si l'iris est encore libre d'exsudats et qu'il s'agisse seulement de prévenir des adhérences, je me sers de doses beaucoup plus faibles, 2 centigrammes ou 1 centigramme et même 5 milligrammes.

Quant au traitement général, je considère comme un devoir de répéter ici deux affirmations que je crois vraies et qui s'appliquent indistinctement à toutes les manifestations oculaires de la syphilis ; c'est 1°

(1) Voir tome XXIV du *Bulletin*, page 655.

que l'*expectation* est une faute, et une faute grave ; c'est en second lieu qu'envisagé d'une manière générale, le traitement de ces manifestations oculaires est unique, et qu'il ne comprend que deux médicaments de fond, *mercurius*, s'il s'agit d'accidents secondaires et *kali iodatum* s'il s'agit d'accidents tertiaires.

Je heurte, je le sais, des opinions considérables. Dans son *Manuel de Thérapeutique*, le Dr Hughes s'exprime ainsi : « Il n'y a pas à douter que l'iritis spécifique ne puisse souvent guérir sans mercurialisation, et je pense que, dans la plupart des cas, nous pouvons la traiter avec succès par d'autres médicaments. Pour ma part, je suis si satisfait de *clematis*, que j'ai l'habitude de l'employer dans tous les cas et que jusqu'ici, il ne m'a pas fait défaut. »

J'estime et j'apprécie plus que personne le haut savoir du Dr Richard Hughes. Le fait qu'il affirme est-il vrai ? Je le crois, mais il me paraît susceptible d'une autre interprétation. L'iritis spécifique n'ayant comme je l'ai dit plus haut, aucun caractère objectif spécial qui la fasse sûrement reconnaître, il est très probable que dans les cas précités (et qui ne devaient pas être en somme bien nombreux, puisque le Dr Richard Hughes n'est pas un spécialiste), il s'agissait de simples coïncidences, c'est-à-dire d'iritis rhumatismales, goutteuses, traumatiques, puerpérales ou autres, survenant incidemment chez des sujets atteints de syphilis acquise.

Ce qui semblerait le prouver, c'est que le Dr Vilas (de Chicago) dans sa « *Thérapeutique de l'iritis* » arrive aux conclusions suivantes, que je cite textuelle-

ment : « *Asa fœtida*, très utile dans l'iritis spécifique et principalement après l'abus du mercure. »

« *Aurum* a été employé avec succès dans l'iritis syphilitique après l'abus du mercure et de l'iodure de potassium. »

« *Hepar sulfuris* convient aux organisations saturées de mercure. »

« *Kali iodatum*, s'emploie dans l'iritis syphilitique, quand le sujet a été saturé de mercure.

« *Nitri acidum*, spécialement employé dans le traitement de l'iritis syphilitique ou gonorrhéale (!), donne de bons résultats après l'abus du mercure.

« *Mercurius corrosivus* et les iodures de mercure sont peut-être les agents qui se sont montrés les plus efficaces dans le traitement de la syphilis. »

Si nous envisageons attentivement les formules précédentes et que nous cherchions à en dégager la conclusion pratique, nous y verrons qu'en somme le Dr Vilas reconnaît la supériorité incontestable de *mercurius* dans l'iritis spécifique, et que tous les autres médicaments préconisés par lui sont surtout efficaces après l'abus du mercure, c'est-à-dire (pour qui sait lire entre les lignes), lorsque l'iritis a résisté au mercure.... parce qu'elle n'était pas de nature spécifique.

Ouvrons maintenant la « *Thérapeutique ophthalmique* » d'Allen et Norton ; nous y voyons également qu'*aurum* et *kali iodatum* sont recommandés dans l'iritis spécifique, « notamment après l'abus du mercure », et que cependant *mercurius* et ses diverses combinaisons sont les médicaments les plus efficaces

dans toutes les formes d'iritis, et principalement dans l'iritis spécifique. »

Parmi les auteurs homœopathes qui ont parlé de l'iritis spécifique, je citerai encore le Dr Jousset dont le traitement habituel est « celui de la syphilis arrivée à la deuxième période, et de plus *apis mellifica* et *belladonna*. »

Or, si nous cherchons quel est le traitement employé en pareil cas, nous trouvons que : « *mercurius* convient presque exclusivement pendant la période des accidents secondaires. Il est tellement efficace dans ces cas qu'il a longtemps été considéré comme spécifique. » Nous sommes, on le voit, en bonne compagnie.

Quoi qu'il en soit, voici à quelle médication je me suis arrêté depuis longtemps déjà.

Traitement externe.— 1° Collyre au sulfate neutre d'*atropine*, aux doses indiquées plus haut. 2° Repos absolu de l'organe, que l'on aura soin de mettre à l'abri de la lumière au moyen de lunettes fumées en forme de coquille.

Traitement interne. Suivant la gravité du cas et l'acuité des symptômes de 1 à 5 centigrammes de *mercurius corrosivus* dans 250 grammes d'eau, trois à quatre cuillerées par jour. (Ce sont, à très peu de chose près, les doses préconisées par le Dr Jousset dans les accidents secondaires de la syphilis.)

Dans les cas malins, où ces doses deviennent insuffisantes et où l'acuité des symptômes oblige à forcer la médication, je me suis bien trouvé de frictions

répétées matin et soir autour de l'œil avec une pom-
made contenant $\frac{1}{3}$ de *mercure* pur pour $\frac{2}{3}$ de *vaseline*. Il semble que par ce moyen la pénétration du
remède soit plus intime et surtout plus locale, et je
n'hésite pas à y avoir recours dans les iritis graves.

Telle est, en quelque mots ma thérapeutique de
fond, si je puis m'exprimer ainsi ; mais en dehors
d'elle, et concurremment à *mercurius*, il est, je me
hâte de le reconnaître, certains agents dont l'utilité
est incontestable et qui ont leur place marquée dans
le traitement rationnel de l'iritis secondaire. C'est
ainsi que *nux vomica* m'a paru enrayer plus rapide-
ment la photophobie et les phénomènes aigus de vas-
cularisation scléro-conjonctivale et irienne ; que *bel-
ladona* 3^e a fréquemment amendé des douleurs sus-
orbitaires, intra-orbitaires et cérébrales ; qu'enfin
hepar sulfuris m'a donné d'excellents résultats chez
les sujets strumeux atteints de syphilis à forme
aiguë.

Ajoutons, pour terminer ce qui a trait à la théra-
peutique de l'iritis, que lorsqu'on se trouve en pré-
sence de synéchies postérieures totales et irréducti-
bles, il est le plus souvent indiqué de pratiquer une
iridectomie, pour parer aux désastreuses consé-
quences d'un excès de tension intra-oculaire.

D^r D. PARENTEAU.

(A suivre).

CUPRUM

LE CUIVRE ET SES SELS ⁽¹⁾

MATIÈRE MÉDICALE

Toxicologie.

Les auteurs décrivent deux formes d'empoisonnement par le cuivre, une *forme aiguë* et une *forme chronique*.

La *forme aiguë* présente des degrés en rapport avec la quantité du poison et avec son mode d'administration. Quand un sel de cuivre, l'acétate, ou le sulfate sont administrés dans un aliment liquide pendant que l'estomac est vide, les accidents débute au bout d'un quart d'heure ; si la dose est considérable, ils sont extrêmement intenses et amènent la mort en quelques heures. Au contraire, si le poison est retenu et emprisonné dans un aliment solide, si sa quantité n'est pas exagérée, les accidents ne débute qu'après plusieurs heures et le plus souvent les malades guérissent.

Le premier symptôme est une saveur métallique, cuivreuse, avec sécheresse de la langue et de la bouche et constriction de la gorge. Bientôt surviennent les rapports, les nausées et les vomissements; ceux-ci sont opiniâtres, violents et douloureux ; d'abord composés des aliments contenus dans l'estomac, ils deviennent bientôt bilieux et séreux ; ils s'accompagnent de douleurs d'estomac, de coliques violentes avec diarrhée fréquente, noirâtre, sanguinolente, té-

(1) Extrait du *Traité de Matière médicale expérimentale et de Thérapeutique positive*, que le Dr Jousset fera paraître au mois d'août prochain, chez J.-B. Baillière.

nesme très prononcé. Le ventre est très ballonné et douloureux au toucher.

La sécheresse de la bouche est alors remplacée par une salivation exagérée avec sputation continuelle; des crampes se montrent très fréquentes, surtout dans les mollets.

En même temps les traits s'altèrent profondément, la face devient pâle, le malade se sent faible, il a des lipothymies et même des syncopes. Le pouls est faible, petit, fréquent, irrégulier; la respiration, accélérée et anxieuse; la température du corps s'abaisse, les extrémités se refroidissent, il y a des sueurs froides. A ce moment surviennent des symptômes moins constants : du délire, des tremblements, des convulsions, des paralysies. Si le malade vit plus de 24 heures, la jaunisse se manifeste ; enfin il succombe dans l'algidité et le collapsus.

Les malades qui survivent conservent quelquefois des dyspepsies et des gastralgies très tenaces.

Dans une forme moins aiguë et qu'on n'observe que chez les ouvriers qui absorbent des poussières de sel cuivreux, on voit survenir, après quelques mois, une *entérite* particulière qui a reçu le nom de *colique de cuivre*.

Comme cette affection a été contestée et plus ou moins confondue avec d'autres entérites, fréquentes chez les ouvriers qui travaillent des alliages de cuivre avec différents métaux : le zinc, le plomb et l'arsenic, nous croyons utile de transcrire ici la description donnée par le Dr Million : « Saveur âcre, styp-tique, cuivreuse ; sécheresse de la langue, sentiment de constriction à la gorge avec grande irritation, rapports acides et crachottements ; puis nausées, vomissements, tantôt abondants, tantôt avec

beaucoup d'efforts. Tiraillements d'estomac, douleur fixe dans cet organe : coliques violentes qui laissent après leur cessation une impression douloureuse. Déjections alvines, souvent sanguinolentes, mêlées de mucosités blanchâtres ; quelquefois ballonnement de l'abdomen, qui est douloureux à la pression. La peau est sèche, le pouls quelquefois serré, fréquent, ordinairement dur ; la chaleur est tantôt naturelle, tantôt élevée ; soif ardente, anxiété précordiale, urine rare, abattement général ; douleurs dans les membres, crampes nerveuses, principalement chez les femmes. » (*Dict. encyclop. des sciences médicales*, t. XXIV, p. 347.)

Forme chronique. — Après plusieurs mois d'absorption de poudre de sels de cuivre, les ouvriers sont pris d'une attaque de *colique de cuivre* ; puis, au lieu de se remettre, ils restent dyspeptiques et gastralgiques ; ils perdent leurs forces et maigrissent considérablement ; ils ont des douleurs articulaires ; ils toussent, ont des sueurs nocturnes et ressemblent à des phthisiques, bien que l'auscultation ne révèle aucun signe stéthoscopique ; les dents se déchaussent et présentent un bourrelet quelquefois gris, le plus souvent d'un rouge pourpre.

Lésions. — Ce sont ceux de la gastro-entérite ; la membrane muqueuse de l'estomac est rouge, épaisse ; elle présente quelquefois des ecchymoses, des ulcérations et même des gangrènes. Les mêmes lésions se rencontrent dans l'intestin et se localisent surtout sur le rectum, qui a été trouvé perforé. Chez un chien il existait une péritonite sans perforation.

Le cuivre agit sur l'estomac et produit des vomissements, même quand il est introduit dans le tissu cellulaire ou dans les vaisseaux.

Notons encore que les poussières du cuivre et de ses sels produisent des blépharites et des affections pruriteuses de la peau.

Action physiologique.

SYMPTÔMES DE LA VIE DE RELATION. — *Moral.* — L'action du cuivre sur les facultés psychiques est très caractérisée. L'hypochondrie, l'hystérie, le délire fébrile surtout, et peut-être l'aliénation, la stupeur des fièvres graves, sont produits à différents degrés par les préparations de ce métal et de ses sels.

Hypochondrie. — Tristesse, anxiété cardiaque, fuite de la société et crainte de la mort qu'il croit prochaine.

Hystérie. — Accès d'indifférence et de stupeur; accès d'exaltation et d'extase; rires spasmodiques.

Délire fébrile. — Délire, discours sans suite, chants; il cherche à s'envoler; accès de fureur, il cherche à mordre; il crache à la figure et rit ensuite; avec ce délire, pouls fréquent, fort et plein, rougeur des yeux, regard farouche.

Stupeur avec céphalalgie, indifférence, perte des idées et de la mémoire.

Sommeil. — Le cuivre, suivant les doses et la durée de son administration, produit deux états opposés : un sommeil profond, léthargique, quelquefois avec convulsions précédées de bâillements, ou une insomnie avec coliques; quand le sommeil survient, il est troublé par des rêves.

Contractilité. — Le cuivre agit fortement sur la contractilité musculaire; il détermine des tremblements, des convulsions et des paralysies, des crampes.

Les *convulsions* revêtent presque toujours le caractère *épileptique*. Accès subit avec perte de connaissance, convulsions *toniques* et *cloniques*, écume à la bouche ; « pendant le sommeil, convulsion des membres et de la face, » « mouvement convulsif du bassin chez un enfant. » « Convulsions avec coliques et cris ; » « convulsion dans les mains en quittant le lit. »

Les *paralysies* portent surtout sur les membres inférieurs (*paraplégie*), « engourdissement et paralysie de la jambe gauche. » Faiblesse des jambes. » Paralysie de la main, « paralysie succédant à des convulsions violentes avec coliques. »

Tous les auteurs signalent les *crampes* dans les effets du cuivre ; les crampes sont localisées principalement dans les mollets.

Sensibilité. — Les *douleurs* du cuivre augmentent par le toucher. Dans les viscères : tête, estomac, ventre, elles sont excessives et arrachent quelquefois des cris. Le cuivre produit « des douleurs ébranlantes, des secousses douloureuses qui parcourent tout le corps » (*douleurs fulgurantes*).

Le cuivre donne des sensations d'*angoisse* et de *faiblesse excessive*.

SYNDROMES. — *Mouvement fébrile.* — Le cuivre produit un mouvement fébrile, violent, précédé de frisson tremblant avec pouls fréquent. Voigtel signale une fièvre de *consomption*.

Sueurs abondantes la nuit.

Sueurs froides pendant plusieurs heures.

L'*amaigrissement* jusqu'au marasme est un symptôme du cuivre.

SYMPTÔMES CÉPHALIQUES. — *Vertiges.* — Le vertige du cuivre est caractéristique ; c'est le *vertige téné-*

breux ; le vertige avec perte de la vue, perte subite de connaissance, sans phénomènes nauséux. C'est le vrai *vertige épileptique*, le *petit mal*. Ce vertige diminue en se couchant ; il se produit en lisant, en regardant en haut, par le mouvement et la station verticale.

Céphalalgie. — La céphalalgie du cuivre peut être sourde, pesante ; elle occupe alors toute la tête. Mais celle qui est propre à cette substance est « une douleur violente qui arrache des cris » ; quelquefois ce sont des élancements brûlants, des secousses. Cette douleur violente se localise dans un point du crâne, surtout à *gauche*, sur le pariétal, la tempe ou le front. On a noté encore : fourmillement au vertex ; douleur dans l'occipital avec traction de la tête en arrière.

Les douleurs de tête sont aggravées surtout par le toucher ; le mouvement et la station debout les aggravent aussi.

SYMPTÔMES DES ORGANES DES SENS. — *Yeux et vue.*

— Les symptômes de *blépharite*, qui sont si souvent traités par les applications externes du cuivre, sont peu marqués : « douleur brûlante et cuisante, mais surtout prurit des paupières. » Les tre-saillements et l'occlusion spasmodique des paupières (*hystérie*) sont indiqués.

Globes des yeux fixes et saillants ; pupilles dilatées et peu mobiles. Trouble de la vue.

Oreille et ouïe. — Douleur térébrante dans et derrière l'oreille ; douleur dans la conque de l'oreille ; prurit dans l'oreille.

Bruissement, *surdité* par les fortes doses.

Nez et odorat. — Prurit et afflux du sang vers le nez.

SYMPTÔMES DE LA PEAU. — Le cuivre produit un

eczéma sec et un *eczéma* humide. Orfila a signalé l'*ictère*.

SYMPTÔMES DE LA FACE. — Dans l'empoisonnement par le cuivre, la face est pâle, violacée, avec teinte bleue des lèvres, yeux enfoncés et cernés; elle exprime l'angoisse et la tristesse. Cependant, Pfundel a noté le gonflement de la tête avec rougeur de la face. Quelle dose et quelle préparation ?)

Les douleurs sont névralgiques ; « les secousses douloureuses dans le côté gauche de la face » doivent faire penser au *tic douloureux*. Le cuivre produit encore des douleurs dans la mâchoire supérieure et inférieure. Toutes ces douleurs *augmentent par le toucher*.

SYMPTÔMES DE L'APPAREIL DIGESTIF. — *Bouche.* — *Trismus*, accumulation abondante de salive dans la bouche, crachottement continu, bouche pâteuse.

Langue chargée de mucus blanc ; goût du cuivre, goût aigre et salé ; difficulté de parler et perte de la parole par suite d'un spasme dans la langue. La parole revient après la connaissance, cris inarticulés.

Pharynx. — Inflammation de la gorge avec impossibilité d'avaler. (Orfila.) La douleur de la gorge. augmente par le toucher. Sécheresse dans la gorge.

Appétit. — Défaut d'appétit et répugnance pour les aliments chauds.

Estomac. — Le cuivre a des propriétés émétiques incontestables. Les *nausées* sont très marquées, s'accompagnent souvent d'un état d'ivresse et de coliques violentes. Les *vomissements* sont énormes, incessants, violents avec douleur d'estomac, coliques atroces et diarrhée comme dans le *choléra* ; vomissements de mucosités, de bile et de sang (?). Vomissements soulagés par l'eau froide.

Les douleurs d'estomac sont violentes, spasmodiques (*crampes d'estomac*). Quelquefois simple pesanteur, aggravation par le toucher.

Abdomen. — Les coliques sont excessives et s'accompagnent d'angoisse; quelquefois de spasmes dans les membres et de cris; il y a du ballonnement ou de la rétraction du ventre; elles augmentent par le toucher et par la marche et elles ne sont pas soulagées par les selles. *Pincements* dans le ventre.

Selles. — Les coliques s'accompagnent habituellement de *diarrhée* violente et sanguinolente. D'autres expérimentateurs signalent la *constipation*, probablement par de petites doses.

Rectum. — Chatouillement et élancement dans le rectum, saignement des hémorroïdes.

SYMPTÔMES DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE. — Les auteurs ne signalent rien de bien précis comme symptômes des organes génito-urinaires. Pfundel signale des symptômes de *diabète*, « émissions fréquentes d'urines visqueuses, fétides, sans sédiments ». Orfila dit, au contraire, « urines foncées, troubles, avec sédiment jaunâtre ».

« Inflammation du gland et gonflement de la verge ».

SYMPTÔMES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE. — Le cuivre agit fortement sur les organes de la respiration. Les symptômes qu'il produit peuvent se rapporter au *rhume*, à la *phthisie*, mais surtout à l'*asthme*.

Rhume. — C'est surtout à la période de début : *coryza* avec courbature; *enrouement*; *toux sèche* continue.

Les symptômes qui se rapportent à la *phthisie* sont les *crachements de sang*, la *dyspnée*, la *toux* continue, violente, la nuit avec enrouement. Toux avec

crachats putrides et amaigrissement considérable.

Mais beaucoup des symptômes du cuivre se rapportent à l'*asthme* : dyspnée spasmodique avec resserrement de la poitrine ; respiration suspirieuse ; toux qui coupe la respiration ; constriction de la poitrine ; « accès d'asthme, serrement de la poitrine et dyspnée jusqu'à la suffocation ; vomissements spasmodiques qui interrompent l'accès pour une demi-heure. »

(A suivre).

NOUVELLES

Notre ami, le Docteur René Serrand, va regagner le 20 de ce mois son poste de Caunterets (Hautes-Pyrénées). Nous lui souhaitons d'avoir en 1883, une saison » aussi favorable que l'an passé. Il y a à peine trois ans que notre sympathique et savant confrère a planté le drapeau de l'homœopathie dans ces parages et déjà sa clientèle est regardée comme l'une des plus belles et des plus solides de Caunterets.

Le Gérant : D^r A. CLAUDE.

Clermont (Oise). -- Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

EXTRAIT DES PROCÈS VERBAUX

SÉANCE DU 21 MAI 1883.

Présidence de M. le D^r HERMEL.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

L'ordre du jour appelle la discussion de la clinique du D^r Tessier.

M. CRÉTIN. — Chargé du service à l'hôpital St-Jacques, pendant le trimestre comprenant les mois de juin, juillet et août 1882, M. le docteur Tessier a fait un choix de neuf observations seulement. Je regrette qu'il n'y ait pas ajouté des renseignements sommaires sur le mouvement des malades pendant ce trimestre.

Il est bien évident que les observations de tous les cas traités ne peuvent être données *in extenso* ; mais il est très intéressant de connaître l'ensemble des résultats, non-seulement au point de vue de la thérapeutique, mais encore au point de vue du nombre des malades présents au début du trimestre, entrés et sortis pendant la durée du service et restant en traitement au commencement du trimestre suivant.

M. le docteur Tessier nous a donné les détails de

deux observations de fièvre typhoïde de forme bénigne.

Le sujet de la première observation a présenté un retour du mouvement fébrile au dixième jour de la convalescence. Dans l'autre cas (observation VIII^e), la convalescence s'étant déclarée, comme dans l'observation I^{re}, au cours du quatrième septenaire, il y a eu, vers le vingtième jour de la convalescence, une petite menace de rechute. L'incident a été caractérisé par le retour du mouvement fébrile, mais avec complication de diarrhée et de sensibilité du ventre. Grâce au régime et au sulfate de quinine à la deuxième trituration centésimale, cet ensemble de symptômes a cédé en quelques jours.

M. le Docteur Tessier a signalé avec raison les causes de ces deux retours offensifs : dans le premier cas, un refroidissement pendant l'aération de la salle ; dans le second cas, la trop grande latitude laissée aux parents dans leurs rapports avec les malades. Il y a là des raisons suffisantes pour qu'à l'avenir des précautions plus sévères soient prises contre ces deux causes d'accidents.

Je ne parlerai pas longuement de la thérapeutique. Je partage l'opinion de notre confrère, le Docteur Tessier, sur la valeur exagérée de *Baptisia*, mais par d'autres raisons.

Les partisans de *Baptisia* pourraient, en effet, adresser à M. le Docteur Tessier plusieurs objections.

Ainsi, dans l'observation I, *Baptisia* n'est donnée que le 22 juin, jour de l'entrée. Dès le 23 juin, il est remplacé par *Muriat. acid.*, sans diminution notable de la diarrhée. Le 29 juin, treizième jour de la maladie, *Nux* ayant été administrée contre l'épistaxis, la diarrhée cesse comme par enchantement.

L'amélioration se continue pendant le troisième septenaire ; puis, la convalescence s'établit, malgré une nouvelle épistaxis et malgré le petit retour du mouvement fébrile que j'ai rappelé plus haut.

Dans l'observation VIII, si *Baptisia*, administrée du 5 au 7 juillet seulement, n'a pas arrêté la diarrhée, *Muriatis acidum* et *Bryonia*, continués du 8 au 13 juillet, n'ont pas eu plus de succès. L'*arsenic*, associé à la *Bryone* du 13 au 17 juillet, ne donne pas un résultat bien plus marqué. Le 18 juillet, il n'y a plus que deux garde-robes diarrhéiques. Du 18 au 28, c'est-à-dire dès la fin du deuxième septenaire et pendant tout le troisième, l'amélioration suit une marche progressive. N'est-ce pas là la marche régulière de la fièvre typhoïde de forme bénigne ? Et il n'y a lieu, ni d'accuser l'impuissance de *Baptisia*, ni d'attribuer à *Muriatis acidum*, à *Arsenic* et à *Bryonia*, une action bien marquée.

Dans l'observation IV, la guérison d'une dyspepsie ancienne, chez une hémorroïdaire, est obtenue par *Ipeca*, *Nux*, *China* et *sedum acre*, administrés successivement chacun pendant quatre jours. Ici la thérapeutique me paraît plus rationnelle et la démonstration de l'action médicamenteuse plus probante.

L'action du *Jaborandi* contre les sueurs morbides, est mise en évidence chez un alcoolique. (Observation V.) Nous n'avons pas d'autre étude pathogénique du *Jaborandi* que celle qui a été faite par nos confrères allopathes. Par ce seul fait qu'ils ont obtenu par l'administration du *Jaborandi* à haute dose, chez le malade, la sécrétion sudorale, nous avons pu conclure, avec certitude, que le *Jaborandi* serait utile, à petite dose, pour combattre les sueurs

morbides, et l'expérience clinique a démontré la justesse de notre conclusion.

J'ai plusieurs fois administré le *Jaborandi* dans le but de diminuer les sueurs pénibles chez des malades, particulièrement chez les femmes à la ménopause. Son action homœopathique, par conséquent anti-sudorale, m'a rarement fait défaut. Dans quelques cas même les malades se sont plaints que leurs sueurs aient cessé trop promptement et aient été remplacées immédiatement par des malaises ou des douleurs plus désagréables; ainsi chez certains catarrheux ou asthmatiques, par plus d'oppression; chez des rhumatisants et des névralgisants par le retour de douleurs qui avaient disparu. J'ai aussi essayé le *Jaborandi* contre des salivations morbides; mais je ne puis affirmer que son action contre la salivation soit aussi positive que contre la transpiration.

Comme beaucoup d'entre nous, j'avais, jusqu'à présent, attaché peu d'importance à l'action de la *Nux vomica* contre l'épistaxis. Les faits cités par M. Tessier se rapportant à l'épistaxis chez un enfant, comme à celle qui se produit dans la fièvre typhoïde, confirment de point en point les indications très nettes données par notre confrère le Docteur Jousset sur la *Nux vomica*.

Dans une arthrite blennorrhagique mono-articulaire, Monsieur le Docteur Tessier a administré avec un plein succès le salicylate de soude à la dose d'un gramme. Certainement je ne trouve pas la dose exagérée. Mais je crois qu'il faut se tenir en garde contre les guérisons trop rapides des arthrites, surtout dans le rhumatisme articulaire aigu. La suppression brusque de la douleur, soit par les stupéfiants à l'intérieur et à l'extérieur, soit par

le sulfate de quinine, soit par le salicylate de soude, me paraît toujours un danger. Sans doute, tous les malades auxquels on administre le salicylate de soude ou le sulfate de quinine ne succombent pas ; mais on a eu trop souvent à déplorer des accidents subits, et j'en ai, à plusieurs reprises, rapporté un si grand nombre, que je ne me lasserai pas de protester contre l'emploi de ces moyens. Non seulement on a à redouter les morts subites par la suppression brusque de la douleur et de la fluxion articulaire, mais encore, quand on croit à un succès plus brillant que réel, on a presque toujours à constater plus tard des complications, graves soit du côté du système nerveux, soit du côté des appareils digestif, respiratoire et circulatoire. J'ai cité plusieurs cas de ce genre dus à la suppression brusque des accès goutteux par la liqueur Laville, qui contient de la quinine, de la colchicine et de la scammonine. Il y a deux ans, deux malades, à ma connaissance, ont été emportés, l'un brusquement, l'autre en quelques jours, par une hémorragie cérébrale survenue peu de temps après l'administration du salicylate de soude. Le malade qui a succombé le plus rapidement était atteint d'un rhumatisme articulaire aigu ; le salicylate de soude n'avait fait qu'atténuer, sans les faire disparaître complètement, la douleur et les fluxions articulaires. L'autre malade avait un très léger accès de goutte supprimé en quelques heures par le salicylate de soude. Trois jours après il était frappé d'hémiplégie en sortant du théâtre.

Quant à l'observation IX dont le sujet reste encore en traitement à l'Hôpital, je ne dirai rien de la thérapeutique ; mais je louerai particulièrement le soin avec lequel notre confrère, le Docteur Tes-

sier, a discuté le diagnostic dans ce cas difficile. Aussi je crois ses conclusions aussi rigoureuses que possible.

Par l'étendue de mes remarques vous pouvez juger de l'intérêt que j'ai pris à la lecture de cette clinique trimestrielle et je prie notre excellent confrère, Monsieur le Docteur Tessier, d'agréer tous mes remerciements pour son travail.

M. PARTENAY. — A propos de l'observation du malade atteint d'ascite, je me permettrai une petite remarque. Je n'ai nullement l'intention de contester le diagnostic qui a été très habilement discuté par mon confrère, le Dr Tessier ; mais, devant l'extrême rareté de l'ascite essentielle, je ne puis m'empêcher de garder quelque doute, et de me demander si cette maladie n'aura pas une issue brusque et si l'autopsie ne viendra pas montrer quelque lésion qui pourra donner l'explication d'une hydropisie aussi persistante !

M. HERMEL. — Dans la première observation, M. Tessier a attiré l'attention sur les principaux médicaments qui conviennent dans la névralgie inter-costale ; il en est un, dont il ne parle pas et que j'ai vu réussir plusieurs fois : c'est l'arnica. Dans un cas où la douleur de côté était très vive, l'arnica à la 6^e dilution a amené rapidement la disparition de ce symptôme. Dans un autre cas, le même médicament donné en teinture amena d'abord une aggravation et ce fut encore la 6^e dilution qui donna la guérison.

M. CLAUDE. — Je n'entends pas blâmer la dose de salicylate de soude employée par M. Tessier contre

l'arthrite blennorrhagique dont il nous a fait part dans son observation VII. Le succès de cette médication ferait vite justice de mes critiques. Mais, je crois que notre confrère, en prescrivant cette dose, a pensé s'arrêter à un *minimum*, surtout, quand on tient compte des doses énormes de 7, 8, 10 grammes administrées par les allopathes. Pour ma part, je crois que cette dose réduite peut encore être abaissée. Il y a trois ans, je communiquai à la Société l'histoire d'un rhumatisme du genou de forme aiguë, développé chez une dame d'une cinquantaine d'années, et qui céda en deux jours à une dose de 20 centigrammes. Cette année-ci, une jeune fille de dix-huit ans était prise d'un violent rhumatisme des extrémités inférieures qui ne tarda pas à se compliquer d'une légère endocardite. Les arthrites cédèrent en quatre jours à une dose analogue et M. le Docteur Cretin pouvait récemment encore constater avec moi la disparition progressive de l'affection cardiaque. J'aurais d'autres cas de ce genre à vous citer, mais je ne veux pas retarder plus longtemps la discussion et je me borne, pour le moment, à affirmer qu'à doses excessivement fractionnées, le salicylate conserve encore sa puissance d'action et ne présente aucun de ces dangers, dont nos rivaux ne tiennent pas assez compte.

M. PARTENAY. — J'ai employé le salicylate de soude de la 1^{re} à la 3^e trituration sans jamais pouvoir constater une amélioration bien notable et je crois aujourd'hui qu'une dose un peu forte est nécessaire pour obtenir un résultat complet.

M. JOUSSET fils. — Dans les hôpitaux, j'ai vu très souvent employer le salicylate de soude, à la dose de 4 à 5 grammes ; il n'amenait pas toujours un soulagement immédiat et on en donnait parfois jusqu'à 10 et 12 grammes pour obtenir ce résultat.

M. VALLOIS. — J'ai eu à traiter un grand nombre de malades atteints de rhumatisme, et j'ai employé le salicylate de soude. Une fois, chez un militaire à qui j'avais donné 3 grammes, j'ai observé des accidents presque immédiats, j'ai alors adopté la marche suivante : le premier jour je donne un gramme, le deuxième un gramme et demi, le troisième deux grammes et ainsi de suite, en augmentant de 50 centigr. par jour et en surveillant attentivement le malade ; au moindre signe d'intoxication je m'arrête. Outre le salicylate j'emploie un moyen très simple et dont j'ai souvent pu constater les bons effets. Il consiste à recouvrir l'articulation malade d'une couche d'ouate et à recouvrir cette ouate avec un tissu en caoutchouc ; on obtient ainsi une sudation qui hâte beaucoup la guérison.

M. TESSIER. — Je dirai un dernier mot au sujet du salicylate. La dose d'un gramme que j'ai donnée n'a rien qui doive étonner. Je vais souvent dans les hôpitaux où l'on donne journellement ce médicament à hautes doses, et je n'ai jamais observé d'accidents. Selon certains médecins, on doit continuer à le donner pendant 10 à 12 jours.

Quant à ma clinique, je ne veux ajouter qu'un mot au sujet du *baptisia*. Ce médicament ne m'a jamais donné aucun résultat, bien que je l'aie expérimenté

dans bon nombre de cas. Je crois que, sur ce point le Dr Cretin est de mon avis.

Chez la malade de la première observation, je ne l'ai donné, il est vrai, qu'un seul jour, et l'on pourrait m'accuser de le condamner trop vite; mais il faut savoir que la malade l'avait pris pendant six jours avant d'entrer à l'hôpital.

La séance est levée.

Des manifestations oculaires de la syphilis ⁽¹⁾.

(Suite)

ACCIDENTS SECONDAIRES.

Irido-choroïdite, irido-cyclite spécifique.

L'irido-choroïdite et l'irido-cyclite spécifique ne constituent pas en général des affections distinctes, et il est excessivement rare de les voir se manifester de toutes pièces, c'est à-dire avec apparition simultanée de symptômes iriens et choroïdiens. L'évolution des phénomènes est le plus souvent successive, la maladie pouvant d'ailleurs indistinctement débiter par l'une ou par l'autre de ces deux membranes.

Lorsque la lésion première est une iritis, l'envahissement secondaire des régions profondes de l'œil reconnaît presque toujours pour cause une synéchie postérieure totale provoquée par une expectation intempestive ou un traitement mal dirigé. La libre communication des deux chambres étant interrompue, il se produit une irritation sourde, mais

(1) Voir le numéro de juin 1883.

permanente de la zone ciliaire, irritation dont le dernier terme est une hyperémie choroïdienne avec exsudation fréquente au sein du corps vitré.

Si l'affection est reconnue à temps et qu'une médication rationnelle soit constituée à un moment où les synéchies sont encore partielles, on peut, à l'aide des *mydriatiques* et de *mercurius* arriver à faire rétrocéder les accidents acquis ; mais lorsqu'il s'agit d'adhérences totales, il faut, et sans tarder, se résoudre à pratiquer l'excision d'un segment irien restituant aux deux chambres leur endo-exosmose.

Il est des cas plus rares où l'inflammation débute par la choroïde pour envahir secondairement l'iris. Cette deuxième forme d'irido-choroïdite est plus sérieuse que la première, la gravité des lésions qui intéressent les membranes profondes rendant forcément aléatoires les divers modes de traitement indiqués en pareil cas.

Le Dr Buffum, après avoir constaté dans son opuscule sur « la Syphilis et l'œil » que « la cyclite de la syphilis acquise ne donne pas lieu aux staphylômes de la région ciliaire, » ajoute qu'elle est « beaucoup plus rapidement amendée par le traitement spécifique que ne le sont en général les formes traumatiques ou sympathiques. »

Le fait est vrai parfois, mais encore faudrait-il ajouter qu'il importe d'instituer ce traitement dès le début, et avant que les synéchies totales ne soient venues apporter un obstacle infranchissable aux influences médicamenteuses.

Quoi qu'il en soit, et abstraction faite des limites

plus ou moins étendues de la période *médicale* pure, je persiste à croire que *mercurius* est encore le remède qui convient le mieux à cette sorte d'affection. Etant donné le caractère particulièrement aigu des accidents, il est indiqué de ne pas s'attarder aux hautes dilutions et de prescrire dès le début des doses assez massives.

CHOROÏDITE ARÉOLAIRE DISSÉMINÉE.

Cette variété d'accident secondaire, plus rare que l'iritis inflammatoire, est cependant encore assez fréquente. On l'observe principalement chez les sujets atteints de rhumatisme ou chez des femmes présentant de l'anémie, de la chlorose, ou des complications puerpérales dont l'action débilitante sert de cause occasionnelle aux manifestations oculaires de la syphilis.

Le premier phénomène qui apparaît est généralement une diminution progressive de la vision, trouble qui n'est d'ailleurs pas en rapport nécessaire avec le nombre ou l'ancienneté des lésions observées. Si l'on examine le malade à l'ophtalmoscope, on découvre le plus souvent une quantité assez considérable de taches ovales ou circulaires, discrètes ou confluentes, tranchant par leur coloration blanchâtre sur le fond rouge de l'œil. Mais ce n'est là qu'un aspect de la choroïdite aréolaire à une période déjà assez avancée. Au début, il est très rare que les foyers aient une coloration assez distincte pour qu'on puisse les différencier nettement de la rétine sous-jacente, et c'est à peine si le coude que font les vaisseaux réti-

niens en passant au dessus de leur saillie peut en quelques circonstances aider au diagnostic.

La coloration des taches choroïdiennes est en raison directe de leur âge. Ternes et jaunâtres à la période *exsudative*, elles deviennent d'un blanc éclatant lorsque l'*atrophie* a envahi leur substance et qu'il l'a métamorphosée en tissu de cicatrice. Au milieu d'elles apparaissent souvent des taches brunes ou noirâtres dont la configuration est absolument irrégulière, et qui, mêlées aux plaquis blanchâtres, donnent un aspect marbré aux enveloppes du fond de l'œil. De ces taches, les unes sont des extravasations sanguines; les autres, de beaucoup plus nombreuses, sont des agrégats de pigment que la désorganisation de la couche épithéliale de Boll a semés sous la rétine. — Comme on voit, il s'agit plutôt là d'une chorio-rétinite que d'une choroïdite franche.

Quant aux troubles fonctionnels, ils sont des plus variables. Néanmoins, d'une façon générale, on peut dire que la vision reste relativement bonne tant que la région de la macula est respectée. Celle-ci vient-elle à être atteinte, même dans de faibles limites, aussitôt il se fait une diminution brusque et le plus souvent irrémédiable de la vision centrale.

Cette affection est grave, surtout par la fâcheuse sécurité qu'entraîne la bénignité apparente des symptômes fonctionnels. Chez les malades atteints de myopie progressive, où les tiraillements des enveloppes prédisposent à l'atrophie papillo-maculaire, il est assez fréquent d'observer ces cécités soudaines dues à l'envahissement inopiné de la tache jaune. Il

importe donc, en pareil cas, d'exercer une surveillance assidue et d'assurer, par des prescriptions répétées, le repos absolu de l'organe et sa protection continue au moyen de lunettes fumées, en forme de coquille. Je préfère cette nuance d'ombre naturelle aux verres bleus recommandés par le D^r Angell.

A la période exsudative, et lorsque l'affection est prise dès le début, on peut espérer l'enrayer à l'aide de *mercurius corrosiv.* 6° ou 3°. Cette médication est héroïque dans les formes franches ; c'est à elle que donnent la préférence les D^r Allen et Norton, Angell et la plupart des ophthalmologistes contemporains.

Si les douleurs sont très intenses, ce qui est rare, et qu'elles offrent le caractère d'élancements sus et sous-arbitraires, on pourra y associer avantageusement *nux vomica* 12° ou *belladonna*, préconisé par le D^r Richard Hughes. Enfin, plus que dans tout autre accident spécifique, il importe, étant donnée la faiblesse habituelle du malade, de le tonifier par l'hygiène, l'exercice et l'alimentation.

Avant de quitter le chapitre de la choroïdite, je tiens à dire un mot d'une variété récemment mise en lumière par le D^r Abadie qui en a repris et synthétisé la symptomatologie jusqu'alors imparfaitement connue. Je veux parler de la *chorio-rétinite essentiellement bornée à la région de la macula*. Cette affection, qui le plus souvent est de nature spécifique, offre en certaines circonstances une particularité curieuse : c'est une absence totale de lésions ophtalmoscopiques, coïncidant avec un ensemble de troubles fonctionnels, tellement pathognomoni-

ques que leur seule présence suffit à porter le diagnostic de lésion maculaire. À quoi tient cet aspect pseudo-normal du fond de l'œil ? Probablement à ce que la région de la tache jaune étant un agrégat d'éléments d'une délicatesse extrême, il suffit, pour en entraver le mécanisme, d'une altération de tissu si minime que l'ophtalmoscope lui-même reste impuissant à la découvrir.

Quoi qu'il en soit de cette explication, voici quels sont les symptômes fonctionnels que l'on rencontre en pareil cas. Tout d'abord, il se produit de la *métamorphopsie* et de la *micropsie* ; mais ces deux phénomènes sont souvent peu appréciables, et pour s'en rendre un compte exact, il faut en général un certain degré de raisonnement et d'attention que ne présentent malheureusement pas la plupart des malades.— Le seul trouble qu'ils accusent est un *scotome* positif occupant la région centrale du champ visuel ; mais ce symptôme est tellement caractéristique que le plus souvent il suffit de rechercher les deux autres pour compléter la triade pathognomonique.

Cette variété de chorio-rétinite peut survenir comme affection rhumatismale ou comme altération mécanique de la myopie progressive ; mais, ainsi que je le disais tout à l'heure, il est fréquent aussi de la rencontrer comme accident secondaire d'une syphilis acquise. C'est du reste une manifestation tardive, souvent prémonitoire des accidents tertiaires, et qui, par suite, nécessite un traitement mixte avec *mercurius* et *kali iodatum*.

Ajoutons que le pronostic, fort grave quand il s'a-

git de rhumatisme ou de myopie, est assez bénin, et que la médication réussit assez fréquemment à enrayer les accidents.

NÉVRITE, RÉTINITE ET NÉVRO-RÉTINITE

indépendantes de néoplasmes spécifiques intra-crâniens.

La **rétinite** secondaire spécifique est rare en tant qu'affection isolée. Néanmoins, elle apparaît quelquefois sans autres lésions concomitantes. (Mooren, Abadie.)

Le plus souvent, elle coexiste avec une névrite dont elle n'est alors qu'une extension inflammatoire. Souvent aussi, comme le fait très justement remarquer le Dr Buffum, on la trouve associée à des foyers de choroïdite, à des exsudats hémorragiques ou pigmentaires, qui en font une affection complexe : la chorio-rétinite spécifique.

Accident secondaire tardif, empiétant quelquefois sur la période consécutive, la rétinite syphilitique a pour particularité d'offrir une absence complète de symptômes caractéristiques. Elle ne présente ni hémorragies, ni exsudats, ni foyers de dégénérescence graisseuse. Le seul phénomène appréciable est un trouble grisâtre qui, des contours de la papille s'étend en s'attenuant vers les régions équatoriales, tout en restant plus accusé au niveau de la macula. Englobés dans cette suffusion nuageuse pathognomonique, les vaisseaux, artères et veines semblent très grêles, bien qu'en réalité leur calibre n'ait pas, comme le croit le Dr Buffum, diminué d'une façon sensible. Le

corps vitré paraît rempli de fines opacités, mais ce n'est là le plus souvent qu'une illusion d'optique, due au trouble rétinien, sous-jacent. Mauthner, en effet, dans ses recherches post-mortem, est arrivé à se convaincre que dans l'immense majorité des cas le corps vitré ne présentait aucune altération.

Lorsque l'inflammation est très accusée et que l'exsudation de la lymphe se fait rapidement, il arrive quelquefois que la zone péripapillaire offre un bourrelet saillant d'infiltration plastique (Schweigger). — Le plus souvent, cependant, on n'observe pas d'autres symptômes que la suffusion nuageuse dont nous parlions plus haut.

Les troubles fonctionnels sont rapides et considérables, surtout si l'affection est mal soignée ou abandonnée à elle-même. Ils consistent principalement en une diminution de la vue, survenant progressivement et sans douleurs. Les lueurs et phosphènes sont rares, à moins que le nerf optique ne participe à l'inflammation.

D'abord unilatérale, cette affection finit à la longue par envahir les deux yeux. Néanmoins, si une médication appropriée vient à temps enrayer les accidents, il est assez fréquent de voir la rétinite rester localisée d'un seul côté.

Le traitement que nous recommandons en pareil cas est le suivant : au début, *mercurius corrosiv.* 2 à 5 centigrammes dans 350 grammes d'eau distillée, 3 cuillerées par jour. Cette dose est assez forte; mais j'ai remarqué que les dilutions infinitésimales avaient une action beaucoup moins sûre dans cette affec-

tion. Si l'accident est très tardif et que l'on ait lieu de le supposer prémonitoire des manifestations tertiaires, on se trouvera bien d'associer à *mercurius kali iodatum*, qu'on prescrira également aux doses massives de 0 gr. 50 centig. à 1 gram. par jour.

NÉVRO-RÉTINITE SPÉCIFIQUE.

Nous venons de voir que la rétinite spécifique était assez rare en tant qu'affection isolée ; en revanche, il est peu de manifestations oculaires de la syphilis qui soient aussi fréquentes que la névro-rétinite. L'inflammation, qu'elle soit interstitielle ou parenchymateuse, débute toujours par le nerf optique et ne s'étend que secondairement à la rétine ; mais cet envahissement est chose si commune que l'on ne saurait en faire une complication éventuelle. Envisagée dans ses rapports avec la névrite optique, la rétinite consécutive est en réalité une seconde phase de la maladie arrivée en quelque sorte à sa période d'état.

Comme dans la rétinite pure, il y a presque toujours absence complète de caractères particuliers, et l'on ne rencontre ni les exsudats et plaques atrophiques de la rétinite albuminurique, ni les hémorragies de la rétinite diabétique, ni les dilatations vasculaires et le boursoufflement papillaire de la névrite optique des tumeurs cérébrales. En examinant le fond de l'œil à l'ophtalmoscope, c'est à peine si à travers la suffusion nuageuse qui en voile tous les détails, on peut, avec beaucoup d'attention, arriver à distinguer l'émergence du nerf optique. La papille,

en effet, est si fortement hyperémiee que parfois sa coloration se confond absolument avec la rétine avoisinante et qu'il est impossible d'en distinguer la situation autrement que par les ramifications vasculaires dont elle est le point de départ ou d'arrivée. Ajoutons que les vaisseaux eux-mêmes sont peu distincts et semblent grêles, englobés qu'ils sont dans une gangue exsudative qui les noie de ses corpuscules.

Cet aspect ophtalmoscopique négatif est tellement pathognomonique qu'en pareil cas, et en l'absence même de tout autre renseignement, il équivaut, pour le praticien, à une certitude matérielle. Nous croyons donc que le Dr Angell avait sous les yeux de fâcheuses coïncidences ou tout au moins des cas exceptionnels lorsqu'à l'article : Rétinite spécifique, de son Traité des maladies des yeux, il parle des *taches étoilées de la macula* donnant au fond de l'œil une apparence striée, *analogue à celle qu'on observe dans la rétinite albuminurique*. Nous ne nous souvenons pas d'avoir jamais rencontré pareil aspect de la rétine, tant dans les rétinites que les chorio-rétinites.

Les symptômes fonctionnels sont variables et dépendent de la nature intime de l'inflammation. S'agit-il d'une névrite *parenchymateuse*, avec altération primitive des fibres du nerf optique, l'abolition successive des propriétés fonctionnelles inhérentes à chacune d'elles est de règle et la diminution progressive de la vision est généralement le seul symptôme. S'agit-il, au contraire, d'une névrite *interstitielle*, on

observe, au début, des lueurs, des phosphènes ou la perception de flammes diversement colorées, tous phénomènes dus à la compression mécanique des éléments nerveux par les produits névrogliques de l'inflammation.

Il est rare que l'affection atteigne simultanément les deux yeux ; le plus souvent elle évolue d'abord complètement d'un côté et arrive même parfois à la période atrophique. Les douleurs étant nulles et les phosphènes de peu de durée, la maladie passe généralement inaperçue jusqu'au jour où le second œil cesse enfin d'être indemne.

Nous avons dit tout à l'heure qu'il existait deux formes de névrite spécifique, l'une parenchymateuse et l'autre interstitielle, et que les lueurs et étincelles pouvaient, au début de l'affection, servir à reconnaître chacune d'elles. Il est, à la période d'état (et même à la période atrophique) un autre signe différentiel dont la valeur symptomatologique est également très grande : c'est la perception des couleurs dont la recherche est des plus faciles. Dans la forme interstitielle, la moins grave et d'ailleurs la plus fréquente des deux, elle est généralement bien conservée, ce qui tient à ce que les fibres nerveuses ne sont pas directement altérées et que la perception lumineuse subsiste intacte dans tous les points où la prolifération névroglique n'a pas encore exercé son action.

Dans la forme parenchymateuse, au contraire, où le nerf est atteint d'emblée, la perception des couleurs s'éteint rapidement. Le vert disparaît d'abord, puis

viennent le rouge, le jaune, et finalement le bleu dont la perception persiste en général jusqu'à la fin.

Le pronostic de la névro-rétinite spécifique est sérieux, ce qui tient moins à sa gravité réelle qu'à l'impossibilité matérielle où l'on est souvent d'instituer à temps une médication appropriée. Car, prise au début (surtout lorsqu'il s'agit d'une névrite interstitielle), l'affection est généralement assez vite enrayée.

Le traitement comprend deux indications formelles : 1° relever par l'hygiène et l'exercice un état général ordinairement très altéré, et 2° opérer la résolution des accidents spécifiques oculaires. Nous avons déjà dit quelles étaient les règles hygiéniques à suivre; nous n'y reviendrons pas, nous bornant à recommander un repos absolu de l'organe et l'annulation de toute irritation lumineuse au moyen de lunettes fumées en forme de coquille.

Quant à la médication en elle-même, le Dr Richard Hughes estime que *kali iodatum* est encore le meilleur remède que l'on puisse opposer à la névro-rétinite spécifique. Nous croyons que l'administration de ce médicament doit être réservée plutôt aux cas de névro-rétinite *tertiaires* ou gommeuses, dans lesquels il est beaucoup mieux indiqué.

Le Dr Angell recommande d'une façon générale le traitement spécifique des accidents secondaires en même temps que le traitement de la choroïdite, cette dernière affection étant, selon lui, communément associée à la rétinite.

Quant à nous, voici qu'elle est notre manière d'agir. Au début, et lorsque l'affection nous semble relever plus particulièrement des accidents secondaires, nous prescrivons *mercur. corros.*, auquel nous associons *kali iodatum*, si l'apparition est assez tardive pour justifier le diagnostic probable d'accident tertiaire précoce.

Comme dans tous les accidents *secondaires tardifs* et *tertiaires précoces*, nous donnons en général les doses massives, qui jusqu'ici nous ont paru être plus efficaces et avoir une action beaucoup plus prompte.

Contre les phosphènes et lueurs du début, on se trouvera bien de prescrire *bryonia* et *phosphorus* lorsqu'aux symptômes précédents s'ajoutera un certain degré de choroïdite et de trouble du corps vitré. Inutile d'ajouter que lorsqu'on se trouve en présence d'une atrophie commençante, il faut sans hésiter recourir aux injections hypodermiques de *strychnine* et à l'application régulière des *courants continus*. Cette pratique, empruntée à l'école allopathique, est encore la seule qui permette d'espérer quelque amendement des symptômes, et nous n'hésitons pas, avec les D^{rs} Allen et Norton, à la recommander d'une façon toute spéciale. En certains cas, pourtant, et notamment chez les malades très affaiblis, on remplacera avec avantage les injections par *nux vomica* 3^e ou 6^e donnée à l'intérieur.

. Nous arrivons maintenant aux manifestations tertiaires de la syphilis sur l'œil.

D^r D. PARENTEAU.

(A suivre.)

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

(SERVICE de M. le D^r JOUSSET).

Résumé général et statistique.

MOIS DE DÉCEMBRE.

Salle des Femmes.

Lit n° 1. — 1^o *Catarrhe suffocant*. — Mme...., 46 ans. Entrée le 1^{er} décembre, décédée le 4 du même mois.

A son entrée la malade est en proie à une dyspnée extrême. Face vultueuse ; cyanose. *Tartarus emet.* 1^o et *Carbo végétab.* 30, pour la nuit.

Le 2. — A l'auscultation, on trouve des râles fins mêlés à des râles à grosses bulles. (Véritable bruit de tempête). La malade n'a pu reposer un seul instant la nuit précédente : elle suffoque : *Carbo végétab.* 30.

Le 3. — Crachats abondants, puriformes, que la malade a peine à détacher. Vertiges ; prostration extrême. *Tartarus emet.* 1^o déc., 0,20.

Le 4. — Même traitement. L'état de la malade ne s'est pas amélioré, mais ne semble pas s'être aggravé non plus. Elle succombe cependant à peu près brusquement vers 2 heures de l'après-midi.

2^o — *Fèvre typhoïde*. — Entrée le 25 décembre, sortie le 16 mars. — *Observation*.

Lit n° 2. — *Hémiplégie ancienne*. — Mme.... 41

ans. Entrée le 3 octobre, sortie le 9 décembre. *Caus-ticum* 6 et *nux vomica* 12 depuis le 29 novembre.

Lit n° 4. — *Fièvre typhoïde*. — Entrée le 9 décembre, morte le 8 janvier. — *Observation*.

Lit n° 7. — *Fièvre typhoïde*. — Mme.... 35 ans, ménagère. Entrée le 4 décembre, sortie le 25^e du même mois. — *Observation*.

Lit n° 8. — 1° *Synoque*. — Entrée le 2 décembre, sortie le 15 du même mois.

2° *Phlébite*. — Entrée le 24 décembre, sortie le 1^{er} janvier.

Lit n° 9. — *Abcès par congestion*. — *Tuberculose*. — Pendant tout le trimestre.

Lit n° 10. — 1° *Chlorose*. — Entrée le 21 novembre, sortie le 6 décembre. — *Observation*.

2° — *Fièvre typhoïde*. — Entrée le 9 décembre, sortie le 16 janvier. — *Observation*.

Chambre I. — *Fièvre typhoïde*. — Entrée le 29 novembre, sortie le 25 janvier. — *Observation*.

Brancard. — *Fièvre typhoïde*. — Entrée le 1^{er} décembre, sortie le 3 janvier. — *Observation*.

Salle des Hommes.

Lit n° 1. — *Ascite*. — Tout le trimestre.

Lit n° 2. — *Affection mitrale, hypertrophie du cœur*. — Tout le trimestre.

Lit n° 3. — *Fièvre typhoïde*. — Entré le 3 décembre, sorti le 27 janvier. — *Observation*.

Lit n° 4. — *Bronchite*. — *Pneumonie*. — Entré le 16 décembre, sorti le 26 janvier. — *Observation*.

Lit n° 5. — *Impétigo, cuir chevelu*. — Enfant de 5 ans. Entré le 18 décembre, sorti le 26, même mois. — Traité par *viola tricolor* 3 ; plus des lavages avec *hydrate de chloral* 1 gramme, *glycérine* et *eau ââ* 30 gr.

Lit n° 6. — *Fièvre typhoïde*. — M..., 19 ans. — Envoyé par M. Tessier le 21 novembre, sorti le 25 décembre.

Malade 15 jours. — Céphalalgie occipitale ; pression très douloureuse F. I. droite. Insomnie, perte d'appétit. Pas de diarrhée. Toux modérée.

Du 21 au 24. — *Gelseminum* 3, et *belladone* 3.

Le 24 novembre. — Le malade a eu de la diarrhée hier avec quelques caillots de sang dans les selles. *Phosphorus* 6 et *muriatis acid.* 3.

Le 25. — Quantité assez notable de sang dans les selles. — Compresses glacées sur le ventre et potion avec perchlorure de fer X gouttes.

Le 26. — Une selle dans la nuit sans trace de sang. *Phosphori. acid.* 3.

Le 28. — Il n'y a plus de diarrhée, mais le ventre est toujours un peu douloureux.

La température atteint toujours 39° le soir, bien qu'étant à 37° chaque matin. *Sulfate de quinine* 0,60 centig. ; sans grand résultat jusqu'au 1^{er} décembre.

Le malade se plaint beaucoup de la tête, et accuse des bourdonnements d'oreille ; la fièvre persiste le soir, *china* 6, jusqu'au 8 décembre.

Le 8 décembre. — Le malade va bien, et a repris à manger, mais il y a toujours 39° le soir. *Sulfate de quinine* 0,50 jusqu'au 11.

Le 11 décembre. — Comme on n'obtient aucun résultat, on donne *lycopodium* 30, jusqu'au 15.

Le 15 décembre. — Un peu moins de fièvre, mais toujours 38° le soir. Par ailleurs le malade va bien. *Plombum* 30, jusqu'au 26 décembre, et *china* 3, jusqu'à la sortie.

Lit n° 7. — *Phthisie*. — M..., 50 ans, mécanicien. Entré le 23 décembre, sorti le 26 du même mois. — Traité par *drosera* 3 et *métall. alb.* 3.

Lit n° 8. — *Goutte*. — M... 30 ans, boucher. — Entré le 4 décembre. — Pas d'antécédents dans la famille ; pas d'excès alcooliques ; habite un logement sain, sec et bien aéré.

A ressenti les premières atteintes de son mal il y a 15 jours environ : douleurs surtout vives dans les deux pieds, et les petites articulations des mains. Se plaint également des reins : a remarqué depuis quelque temps déjà que ses urines étaient souvent rouges, plus rares, déposant facilement.

Traité sans grand succès successivement par *bryonia*, 1^{re} trit. 0,10, du 4 au 7 décembre ; *sulfur* 6, du 7 au 9 ; *china* 3^e trit. du 9 au 15 ; puis *chininum sulfuricum* 2^e trit. du 15 au 18 et *colchicum* 3, du 18 au 20.

On donne ensuite le *salicylate de soude*, en commençant par 0 gr. 05 et augmentant la dose de 0,05 tous les deux jours jusqu'au 4 janvier.

Le malade se trouve un peu mieux ; il marche plus facilement, mais il y a toujours de la raideur et un peu de douleur dans les petites articulations. *Ledum palustre* 3, du 4 au 13 janvier, ne semble pas amener une grande amélioration.

A partir du 13, on prescrit au malade le *china*, 3^e trit. à prendre quinze jours de suite, suivis d'un repos de cinq jours.

Le malade va beaucoup mieux en ce moment.

Chambre I. — *Phthisie*, 3^e pér. Entré le 1^{er} août. — Tout le trimestre.

Chambre II. — *Paralysie générale des aliénés*. — M... 46 ans. Entré le 26 décembre, sorti le 10 janvier. — Traitement par *aconit*, T. M. jusqu'au 31 décembre ; puis par *stramonium* 3, jusqu'à la sortie.

MOIS DE JANVIER.

Salle des femmes.

Lit n° 1. — *Fièvre typhoïde*. — Entrée le 25 décembre, sortie le 10 mars. — *Observation*.

Lit n° 2. — 1^o *Chlorose*. — Mlle..., 15 ans. Entrée le 7 janvier, sortie le 16 du même mois. A eu il y a quelques jours des coliques s'accompagnant d'un peu de fièvre et de diarrhée, qui ont pu faire craindre une maladie grave et l'ont décidée à entrer à l'hôpital.

En ce moment, il n'y a plus de fièvre, le sommeil est bon, l'appétit revient : *ipeca* 3, pendant quelques jours, puis en présence des signes d'anémie profonde que présente la malade, bruit musical... souffle à la base, on donne le *fer réduit mixte* jusque et après la sortie.

2^e. — *Fièvre typhoïde*. — Entrée le 16 janvier, sortie le 21 mars. — *Observation*.

Lit n° 3. — *Anurie*. — Entrée le 8 janvier, sortie le 21 janvier. — *Observation*.

Lit n° 4. — *Métrite*, puis *fièvre typhoïde*. — Entrée le 12 janvier, sortie le 21 mars. — *Observation*.

Lit n° 5. — *Varices*. — Entrée le 12 janvier, sortie le 13 mars. — *Observation*.

Lit n° 6. — *Bronchite*. — Entrée le 16 janvier, sortie le 5 février. — *Observation*.

Lit n° 7. — 1° *Bronchite chronique*. Mme... 63 ans. — Entrée le 2 janvier, sortie le 18 du même mois.

Point de côté à droite avec légère submatité dans le tiers inférieur du même poumon en arrière ; rien en avant. Un peu de faiblesse des bruits respiratoires en arrière et à droite. Râles sibilants disséminés dans les deux poumons ; un peu d'expiration prolongée aux deux sommets.

Crachats aérés, jaunâtres, assez épais, *bryone* 3, et *tartarus* 3, jusqu'au 6 janvier, après quoi le point de côté ayant complètement disparu, on remplace la *bryone* par *métall. alb.* 3° trit.

Le 11 janvier. — Les râles ont beaucoup diminué, les crachats sont moins épais, mais toujours difficiles à détacher, *kermès*, 1° trit. jusqu'à la sortie.

2° — *Erysipèle*. — Mlle..., 19 ans. Entrée le 23 janvier, sortie le 27 du même mois.

Erysipèle en voie de guérison, datant de 8 jours environ : en ce moment il n'y a plus de fièvre, ni rien du côté des yeux qui ont été très gonflés et larmoyants. C'est à peine si l'on constate encore un léger gonflement avec un peu de rougeur de la face.

La malade ne se souvient pas d'avoir eu de boutons ni d'écorchures au nez ou à la face; elle serait restée seulement longtemps exposée à un courant d'air.

Apis 3, du 23 au 27, aide à son complet rétablissement.

Lit n° 8. — 1° *Rhumatisme*. — Mlle..., 29 ans. Entrée le 5 janvier, sortie le 22 du même mois.

Douleurs dans diverses articulations du pied et de la main, douleurs surtout vives la nuit.

Bryone, 1^{re} trit., jusqu'au 11 janvier.

Le 11. — La malade va beaucoup mieux; mais il y a encore une certaine raideur dans les mouvements. — Elancements dans les membres inférieurs; fourmillements dans les doigts

Sulfate de strychnine, 2° trit., jusqu'au 22 janvier, où la malade sort complètement guérie.

2° *Pneumonie*. — Entrée le 29 janvier, sortie le 17 février. — *Observation*.

Salle des Hommes.

Lit n° 1. — *Ascite*. — Tout le trimestre.

Lit n° 2. — *Hypertrophie du cœur avec insuffisance*. Tout le trimestre.

Lit n° 4. — *Bronchite*. — Entré le 27 janvier, sorti le 5 février.

Quelques râles fins et sous-crépitaux localisés en arrière (P. D.). Submatité, même région. *Ipeca* 3 et *bryone* 3.

Le 28 janvier. — Le malade a passé une partie de sa nuit à tousser. *Hyosciamus* 3, jusqu'au 30.

Le 30 janvier. — Les nuits sont plus calmes ; les râles sont beaucoup plus gros. *Tartarus emétic.*, 3^e trit., jusqu'à la sortie. Les râles persistent quelque temps encore en arrière et à droite, mais disparaissent complètement quelques jours avant la sortie.

Lit n° 5. — Phthisie. — Entrée le 24 janvier, sortie le 3 février.

Craquements, symptômes cavitaires à droite ; pectoriloquie aphone ; souffle tubaire à gauche. Affaïssement du murmure vésiculaire. Propagation des bruits du cœur. Râles humides à timbre métallique. Fièvre chaque soir. *Drosera* 3, du 24 au 30 diminue beaucoup les quintes.

Comme le malade est très sourd et se plaint beaucoup des oreilles, on lui donne ensuite *pulsatille* 3, jusqu'à la sortie ; le malade se trouvait mieux.

Lit n° 6. — Rhumatisme. — M..., 22 ans. Entré le 3 janvier, sorti le 10 du même mois.

Accès de rhumatisme aigu à l'âge de 9 ans. Douleurs assez légères d'ailleurs dans les deux pieds depuis 4 mois. Pas de rhumatisants, migraineux, ni asthmatiques dans la famille. Traité avec succès par *bryone*, 1^{re} trit., 25 cent.

Chambre I. — Phthisie. — Tout le trimestre.

MOIS DE FÉVRIER.

Lit n° 1. — Fièvre typhoïde. — Mlle..., 20 ans, domestique. Entrée le 25 décembre, sortie le 16 mars.
— *Observation.*

Lit n° 2. — *Fièvre typhoïde*. — Mlle..., 15 ans. Entrée le 16 janvier, sortie le 21 mars.—*Observation*.

Lit n° 3. — *Syphilis*. — Mlle..., 17 ans, domestique. Entrée le 20 janvier, sortie le 21 février. — *Observation*.

Lit n° 4. — *Métrite*, puis *fièvre typhoïde*.—Mlle..., 22 ans, ouvrière. — Entrée le 12 janvier, sortie le 21 mars. — *Observation*.

Lit n° 5. — *Varices*.—Mme..., 29 ans, cravatière. Entrée le 12 janvier, sortie le 13 mars. — *Observation*.

Lit n° 6. — *Péritonite chronique*. — Mlle..., 19 ans, domestique. Entrée le 5 février, restée dans le service.

Constitution délicate, léger souffle d'anémie. Bien réglée jusqu'à cette époque.

Diarrhée depuis un mois environ, s'accompagnant de douleurs assez vives dans tout le ventre, mais surtout du côté droit ; pas d'indurations partielles, ni de ganglions engorgés. *Tympanisme exagéré*. — Aggravation depuis 8 jours : langue plutôt sale ; perte complète d'appétit. Epistaxis. *Pas de vomissements*.

Le 6 février. — Temp. s. 39° et m. 38°. Insomnie. Diarrhée (7 selles). *Taraxacum* 3, à cause de ballonnement du ventre.

Le 7 février. — Temp. m. 37°, et s. 39°. — Même traitement.

Le 8. —Temp. m. 37.7 et s. 39.4. Un peu moins de ballonnement, mais diarrhée avec coliques. *Chamomilla* 3.

Le 9. — Temp. m. 37.4. Toujours tympanisme. Même traitement.

Le 10. — Diarrhée la nuit seulement. Meilleur sommeil, malade tousse un peu, rien aux sommets, quelques petits râles disséminés dans les deux poumons. *China* 6, jusqu'au 17 février. Dans cette dernière période, il y a eu un peu de mieux ; la fièvre est tombée le matin, le ventre est bien moins douloureux, et la tympanite semble suivre une marche intermittente ; il y a aussi beaucoup moins de diarrhée.

Le 17 février. — La diarrhée se supprime ; le sommeil est bon. *Carbo vegetabilis* 30, à cause du ballonnement persistant du ventre.

Le 19 février. L'appétit revient un peu, et la malade continue d'aller mieux, sonorité amoindrie dans les 2 fosses iliaques. — Léger choc (?). — *Carbo vegetabilis* 30, qu'on continue jusqu'au 24 février.

Le 24 février. — Pas de nouveaux signes du côté d'un épanchement probable ; mais les douleurs ont repris plus vives sous forme de coliques. *Colocynthis* 3.

Le 26 février. — La diarrhée a repris la nuit précédente. *Bryonia* 3.

Le 28. — Plus de diarrhée, mais toujours quelques coliques. On revient à *colocynthis* 6.

Malade laissée aux mains du Dr Frédault.

Lit n° 7. — *Sciatique*. — Mme..., 47 ans, concierge. Entrée le 3 février, sortie le 24 du même mois.

Grande agitation, surtout la nuit. *Ignatia* 12, jusqu'au 6 février. — Les nuits sont plus calmes ; on donne *rhus tox.* 3 jusqu'au 12 février. — Effet né-

gatif. — On le remplace par *plumbum* 30, jusqu'au 20 février, puis *plumbum* 12, jusqu'à la sortie, le 24. La malade est complètement guérie.

Lit n° 8. — *Névralgies, anémie.* — Mlle..., 24 ans, cuisinière. Entrée le 20 février, sortie le 10 mars.

Sujet chlorotique et hystérique. — Névralgie intercostale ; douleurs diverses. *Bryonia*, 3° trit., jusqu'au 23 février.

Le 23 février. — Dyspepsie ; *nux vomica* 12, et *graphite* 12, jusqu'au 28.

Le 28 février. — Déjections moins lentes, mêmes douleurs lancinantes s'irradiant dans le dos et l'épaule gauche. *Causticum* 6, jusqu'au 5 mars, qu'on remplace par *nux vomica* 6, jusqu'à la sortie. La malade quitte l'hôpital complètement guérie.

Lit n° 9. — *Abcès par congestion.* — ?—.

Lit n° 10. — *Métrorragie.* — Entrée le 15 février.

Laissée dans le service du Dr Frédault.

Salle des Hommes.

Lit n° 1. — *Ascite.*

Après le 28 décembre, une ponction, la 4^e depuis son entrée, ayant donné la quantité énorme de 17 litres de liquide, le malade a vu l'épanchement se reproduire aussi vite et même plus vite que les autres fois, en dépit du traitement par *métall. alb*, 3° trit., du 31 décembre au 4 janvier. *Canabis sativa*, T. M. 10 gouttes du 4 janvier au 7. *Nux vomica*, 1^{re} trit., du 7 au 10 janvier.

En ce moment les urines sont rares, chargées ; le ventre mesure 88 centimètres. *China* 6, du 10 au 18 janvier, puis *apium virus* 3, du 18 au 28 janvier, ne donnent pas de meilleur résultat.

Le 28. — Le ventre mesure 1 mètre et le malade n'urine presque plus. — Avec *cantharis* 12, du 28 janvier au 5 février, les urines atteignent 1/2 litre, puis 3/4 de litre par jour. On donne ensuite *cantharis*, 3^e dil., 5 gouttes pour commencer, et on augmente de 5 gouttes tous les jours ; le résultat obtenu est de 3/4 de litre, puis un litre à partir du 8 février, puis un litre 1/2 à dater du 12 février, jusqu'au 22... ; mais à partir de ce jour, la quantité d'urine va diminuant progressivement, malgré la 2^e dil. de *cantharis*. Au moment où le malade est laissé au Dr Frédault, il n'urine plus que 3/4 de litre.

Lit n° 2. — *Affection cardiaque*. — M..., 20 ans. Entré le 18 septembre, sorti le 22 février.

Insuffisance mitrale avec rétrécissement aortique.

Traité avec succès relatif par *kali hydriodicum*, 1^{re} trit. déc., 0 g. 20, avec repos de 5 jours tous les 15 jours.

Lit n° 3. — *Hémiplégie*. — M..., 63 ans. Entré le 6 février.

Hémiplégie gauche datant de 15 jours. Bras droit complètement paralysé ; mouvements un peu revenus dans la jambe du même côté. Rides effacées, front et joue. Légère déviation de la langue, dont la pointe regarde à droite. *Artères ossifiées*.

Belladone 6, du 6 février au 15. La jambe va de mieux en mieux, et le malade peut marcher en fau

chant ; le bras ne retrouve toujours aucun mouvement. Quelques douleurs dans l'épaule et les diverses articulations du bras droit. Les deux sensibilités bien conservées.

Baryta carbonica 6, du 15 février au 20, puis *nux vomica* 6, jusqu'en mars, où le malade passe aux mains du D^r Frédault. Les douleurs de l'épaule persistent ; le bras droit, surtout les doigts, sont notablement enflés. *Paralysie vaso-motrice*. Légère élévation de la température du côté malade.

Lit n° 4. — *Tumeur cancéreuse*. — M..., 41 ans. Entré le 7 février.

Tumeur fosse iliaque droite. — Phlébite ayant oblitéré la veine iliaque ; en plus, divers ganglions très engorgés, faciles à isoler par le palper de la tumeur principale.

Réseau veineux unilatéral très développé. (Cours du sang dirigé de bas en haut.)

Diarrhée avec coliques, 3 à 4 fois par jour depuis près d'un an ; le malade a beaucoup maigri et perdu de ses forces depuis cette époque : teint jaune pâle.

Traité du 7 au 14 février par *arsenic*, 3^e trit. Légère amélioration ; meilleures nuits ; moins de diarrhée.

Avec *arsenic* 30, du 14 au 20 février. La diarrhée reprend.

On revient à *arsen.* 2^e trit., jusqu'en mars. La diarrhée diminue de nouveau, ainsi que les coliques.

Lit n° 5. — 1^e *Angine*. — M..., 21 ans, lithographe. Entré le 6 février, sorti le 12.

Abcès de l'amygdale droite. — *Baryta carbonica* 6.

Le 8 février, l'abcès s'ouvre spontanément d'où un soulagement immédiat pour le malade. Même traitement jusqu'à la sortie.

2° *Varices*. — Entré le 17 février, sorti le 22 du même mois.

Argentum, 3° trit. — Bas varices pour sortie.

Lit n° 6. — *Phthisie*. — Entré le 20 février. — Laisse aux soins du D^r Frédault.

Lit n° 8. — *Goutte*. — M..., 30 ans, boucher. Entré le 4 décembre, sorti le 2 mars. — *Observation*.

Lit n° 7. — *Saturnisme*. — Entré le 22 février, sorti le 12 mars.

Laissé aux soins du D^r Frédault.

Chambre I. — *Phthisie*. — Entré le 1^{er} août.

Resté tout le trimestre.

RÉSUMÉ.

1° SALLE DES FEMMES.

Restant en décembre du précédent service, 7 malades, savoir :

N° 2. — *Paralysie ancienne*, 3 octobre à 9 décembre.

N° 3. — *Fièvre typhoïde*, 5 novembre à 18 décembre.

N° 4. — *Fièvre typhoïde*, 10 novembre à 15 décembre.

N° 6. — *Fièvre typhoïde*, 19 novembre à janvier.

N° 9. — *Scrofules*.

N° 10. — *Chlorose*, 11 novembre à 6 décembre.

Chambre I. — *Fièvre typhoïde*, 29 novembre.
Sœur.

Dans ce même mois de décembre, 9 nouvelles malades sont entrées. Il y a eu DEUX DÉCÈS : un catarrhe suffocant (n° 1); une fièvre typhoïde, (n° 4).

En janvier. 11 entrées. Des sorties ; *pas de décès*.

En février, 4 entrées seulement, les lits étant encore occupés en partie par les malades des mois précédents ; *pas de décès*.

Restaient au 1^{er} mars, 8 malades, savoir :

N° 1. — *Fièvre typhoïde*, 25 décembre à 17 mars.

N° 2. — *Fièvre typhoïde*, 16 janvier à 16 mars.

N° 4. — *Métrite, fièvre typhoïde*, 12 janvier à 21 mars.

N° 5. — *Varices*, 12 janvier à 13 mars.

N° 6. — *Péritonite tuberculeuse*, 6 février.

N° 8. — *Névralgies (hystérie)*, 20 février à 10 mars.

N° 9. — *Scrofules*.

N° 10. — *Métrorragie*.

2° SALLE DES HOMMES.

Restaient dans le service en décembre, 4 malades :

N° 1. — *Ascite*.

N° 2. — *Affection mitrale*.

N° 6. — *Fièvre typhoïde*, 22 novembre à 25 décembre.

Chambre. — *Phthisie*, 1^{er} août.

Sont entrés ce même mois, 6 nouveaux malades.

En janvier sont entrés 3 malades.

En février idem. 5 idem.

Aucun décès dans les trois mois.

Restaient en mars, salle des hommes, 5 malades, savoir :

N° 1. — *Ascite*.

N° 3. — *Hémiplégie*.

N° 4. — *Tumeur cancéreuse* (?) d'intestin.

N° 6. — *Phthisie*.

Chambre. — *Phthisie*.

En résumé, pendant ce trimestre, 24 malades sont entrées dans la salle des femmes, 7 existaient au 1^{er} décembre. Total 31 malades. Sur ce nombre, 2 sont mortes (une fièvre typhoïde et un catarrhe suffoquant). 21 sont sorties guéries et 8 restaient dans le service au 1^{er} mars.

Dans la salle des hommes, 14 malades sont entrés, 4 existaient dans le service au 1^{er} décembre. Total, 18 malades. Sur ce nombre, aucun n'est mort. 13 sont sortis guéris et 5 restaient dans les salles au premier mars.

Donc nous avons eu dans ce trimestre 49 malades, sur lesquels 2 seulement sont morts. Ce qui ne fait guère que 4 %.

OBSERVATIONS.

Chambre 1. — Fièvre typhoïde. Symptômes d'otite et de gastrite. Religieuse, 20 ans. — Entrée le 29 novembre, sortie le 2 février.

Cette malade est souffrante depuis 10 jours environ. Vertiges ; épistaxis ; perte d'appétit. Elle est alitée depuis le 27 novembre. — A son entrée, elle présente l'état suivant : pression douloureuse fosse iliaque droite ; pas de gargouillement ; pas de diarrhée ni de taches ; langue très sale, rouge à la pointe. Quelques râles de bronchite.

Le 30 novembre, 6^e jour. — Temp. m. 39.5 et s. 40°. Absence de sommeil. *Baptisia* 1^{re} décim. 5 gouttes.

Le 1^{er} décembre, 7^e jour. — Temp. m. 39.5 et s. 40°. Pouls fréquent. Aconit, T. M., 20 gouttes.

Le 2 décembre, 8^e jour. — Le pouls est plus fort et moins fréquent. Puls. 104. Quelques taches. Même traitement.

Le 3 décembre, 9^e jour. — Temp. m. 39.4 et s. 39.5. La malade se plaint beaucoup des reins et du ventre, en même temps qu'elle accuse une céphalalgie très vive. Puls. 112. *Métall. alb.*, 3^e trit.

Le 4 décembre, 10^e jour. — Puls. 104. Temp. m. 39.5. La nuit a été très agitée. La malade se plaint toujours beaucoup des reins et du creux épigastrique. Un peu de gonflement de la rate et de ballonnement du ventre. Langue très sale, sèche. Temp. s. 39.6. *Métall. album.*, 3^e trit.

Le 5 décembre, 11^e jour. — Temp. m. 39.4. Un peu de délire dans la première partie de la nuit. Diarrhée jaune assez abondante le matin. 4 selles. Temp. s. 39.5. Même traitement.

Le 6 décembre, 12^e jour. — Temp. m. 39.1. Etat général un peu plus satisfaisant. Diarrhée, 3 selles.

Beaucoup moins de céphalalgie. — Mais quelques vomissements verdâtres dans la journée. Langue très sèche. Puls. 100. Même traitement. Temp. s. 38.6.

Le 7 décembre, 13^e jour. — Temp. 39°. Puls. 100. La diarrhée est toujours modérée. Les nuits continuent d'être un peu plus calmes. Temp.s. 39.3. Même traitement.

Le 8 décembre, 14^e jour. — Temp. 39.1. La malade a eu une moins bonne nuit. Un peu plus de diarrhée: 4 à 5 selles. Nouveaux vomissements. Crachottement continuel : la malade croit avoir des peaux dans la gorge dont elle ne peut se débarrasser, ce qui, à son avis, provoque les vomissements. Rien à l'examen, sinon la sécheresse extrême de la langue et du pharynx. *Solubilis*, 3^e trit., 10 cent. Temp. s. 38.5.

Le 9 décembre, 15^e jour. — Temp.m. 39.1. Nuit très agitée : cauchemars, cris : 4 selles dans la nuit. La malade éprouve toujours beaucoup de difficulté à cracher. Quelques râles sibilants et muqueux à l'auscultation. Refuse tous aliments. Pouls très petit. *Tartarus*, 3^e trit. et *métall.*, 3^e trit. Temp. s. 39.1.

Le 10 décembre, 16^e jour. — Même état ; même traitement. Temp. m. 38,5.

Le 11 décembre, 17^e jour. — Nuit mauvaise. Temp. m. 38°. Nouveaux vomissements biliaires. La malade est plus abattue encore qu'à l'ordinaire; on a toujours la plus grande peine à lui faire prendre un peu de grog et de bouillon ; depuis quelques jours, elle refuse le lait. Même traitement. Temp. s. 39.5.

Le 12 décembre, 18^e jour. — Respiration un peu embarrassée : râles plus nombreux et plus fins. Par ailleurs, même état ; beaucoup de prostration. *Tartarus*, 1^{re} trit., 10 cent. Temp. m. 38.8 et s. 39.2.

Le 13 décembre, 19^e jour. — Depuis quelques jours la malade était devenue sourde. Elle se plaint beaucoup ce matin de douleurs lancinantes dans les oreilles. Temp. m. 38.5 et s. 39.5. Même traitement.

Le 14 décembre, 20^e jour. — Temp. m. 38°. Un peu mieux, mais se plaint toujours des oreilles et de l'estomac. Fréquentes envies de vomir qui la font refuser même ses potions. Selles moins nombreuses. Elle se plaint de la gorge, qui est sèche et rouge. *Corrosivus*, 3^e trit. et *belladone*, 3^e trit. Temp. s. 38.7.

Le 15 décembre, 21^e jour. — Toujours répugnance extrême à avaler. Nouveaux vomissements. Maux d'oreilles. Quelques plaques blanches sur les amygdales. *Corrosivus*, 3^e trit., et *belladone*. Temp. m. et s. 39.5.

Le 16 décembre, 22^e jour. — Temp. m. 38°. *Otorrhée*. Ecoulement pendant la nuit, d'un liquide séro-purulent jaunâtre. Surdité de plus en plus accusée. Même traitement. Temp. s. 38.5.

Le 17 décembre, 23^e jour. — Moins de fièvre. Temp. m. 37.3. Moins mal à la gorge ; presque plus de diarrhée, mais faiblesse extrême, souffrance gastrique très accusée, langue blanche. *Antimonium crudum*, 3^e trit. Temp. s. 38.5.

Le 18 décembre, 24^e jour. Temp. m. 37° et s. 39°.

Toujours un peu d'otorrhée, oreille gauche : injections émollientes. Même traitement.

Le 19 décembre, 25^e jour. — Temp. m. 37.2 et s. 38°. La fièvre tend à se supprimer ; les nuits sont bien meilleures. Il n'y a plus de diarrhée. Même traitement.

Le 20 décembre, 26^e jour. — Temp. m. 37° et s. 38.4. La langue est moins blanche ; mais l'estomac est toujours embarrassé. Par ailleurs les symptômes encore saillants sont toujours la faiblesse et l'otorrhée. Injection avec eau additionnée de chloral au 200^e. *Antimonium crudum*. 3^e trit.

Le 21 décembre, 27^e jour. — Temp. m. 37.5 et s. 38. Les vomissements, qui n'avaient pas reparu depuis 2 jours, ont repris ce matin. *Antimonium crudum*, 1^{re} trit.

Le 23 décembre, 29^e jour. — Mieux, il n'y a *plus de fièvre*, mais la malade se plaint toujours des oreilles et de la joue, qui est un peu rouge. Pas de vomissements. *Pulsatille* 3, et *belladone* 3.

Le 25 décembre, 31^e jour. — La joue est plus gonflée et douloureuse ; par contre, l'écoulement par l'oreille est moins épais et moins abondant. L'estomac est toujours aussi embarrassé ; nouveaux vomissements. *Belladone*, T. M. et *pulsatille*, 3^e trit.

Le 27 décembre, 33^e jour. — Pas de nouveaux vomissements. L'écoulement se supprime. Même traitement.

Le 28 décembre, 34^e jour. — Les vomissements ont repris hier encore ; l'appétit est toujours nul, la langue un peu blanche. Il n'y a plus d'écoulement,

ni gonflement de la joue. *Antimonium crudum*, 1^{re} trit.

Le 29 décembre, 35^e jour.—Pas de vomissements. Même traitement.

Le 30 décembre, 36^e jour. — Malade se plaint un peu de la tête, et d'une douleur assez vive au creux épigastrique. Il y a en même temps de la constipation. *Nux vomica* 3.

Le 31 décembre, 37^e jour.— Même état. Même traitement.

Le 1^{er} janvier, 38^e jour.— Retour de mouvement fébrile ; hier soir 38. *Chinin. Sulfuric.*, 3^e trit., 20 cent.

Le 2 janvier, 39^e jour. — Temp. m. 38^e et s. 39.2. *Chinin. Sulfuric.*, 1^{re} trit., 25 cent.

Le 3 janvier, 40^e jour. — Temp. s. 38.7. Même traitement.

Le 4 janvier, 41^e jour. — La malade se plaint davantage de la tête. Ventre de nouveau douloureux. Temp. m. 38.6 et s. 39.2. *Arsenic* 3^e.

Le 5 janvier, 42^e jour. Temp. m. 38.1 et s. 38.2. La malade se plaint moins du ventre. La fièvre semble vouloir tomber. La dernière nuit a été plus calme. Même traitement.

Le 6 janvier, 43^e jour. — *Il n'y a plus de fièvre ce matin*, mais il y a eu des vomissements dans la nuit. *Nux vomica* 3. Temp. s. 37,3.

Le 7 janvier, 44^e jour. — Plus de fièvre du tout. La malade dit avoir assez bien reposé cette nuit. Elle n'a plus de céphalalgie, mais se plaint toujours de l'estomac. Il n'y a pas de vomissements cependant. Même traitement.

Le 8 janvier, 45^e jour. — Nouveaux vomissements au matin. *Ferrum* 12.

Le 9 janvier, 46^e jour. — Pas de vomissements. Même traitement.

Le 10 janvier, 47^e jour. — Pas de vomissements. Appétit revient même un peu. Même traitement.

Le 12 janvier, 49^e jour. — La malade a repris à manger un peu : les digestions sont assez régulières, de moins en moins pénibles. L'ouïe s'est également beaucoup améliorée depuis quelques jours. Même traitement.

Le 15 janvier. — La malade commence à se lever, et, à partir de ce moment, la convalescence s'affirme chaque jour davantage. — Le 18 janvier, cependant, la malade est prise de syncope en se levant ; elle se sent moins bien, un peu courbaturée toute la journée et quelques frissons vers le soir font craindre un instant le retour de la fièvre. Il n'en est rien cependant et la convalescence s'achève sans autre incident.

La malade a pris pendant quelque temps le *china*, 3^e trit.

Depuis 8 jours environ, elle a cessé toute médication, qui était devenue inutile ; le rétablissement est complet, et la maladie ne semble devoir laisser aucune trace ni du côté de l'estomac, ni même de celui de l'ouïe.

Remarque.—Ce cas est un vrai type de ce que l'école de Broussais appelait la *gastro-entérite*. Les vomissements biliaires pendant toute la durée de la mala-

die, la douleur très accusée au creux épigastrique, la langue saburrale et sèche, la diarrhée opiniâtre, sont des signes assurés de la lésion inflammatoire qui existe, à des degrés divers, dans tous les cas de fièvre typhoïde, et explique la dénomination imposée à cette maladie par Broussais. Certes, il y a cinquante ans la diète absolue et les sangsues à haute dose, auraient constitué la base du traitement de cette maladie ; et dire qu'elle n'en serait peut-être pas morte, tant l'espèce humaine offre de résistance à la maladie et aux médecins !

Les vomissements ont continué après les premières périodes de la fièvre, et n'ont disparu tout à fait qu'après la cessation complète. *Ferrum*, 12, semble avoir agi favorablement sur ce symptôme.

L'aconit, au début, à cause de la violence des mouvements fébriles, *l'arsenic* ensuite à cause de la prostration extrême de la malade ; un peu plus tard, la bronchite, la diarrhée abondante et l'état de la muqueuse buccale et pharyngienne nous ont conduit à associer l'*émétique* à *l'arsenic*. Quand les otites et l'angine sont survenues et ont pris un grand développement, nous avons alterné *corrosivus* et *belladone* ; *nux vomica*, *pulsatille*, *antimonium crudum*, *chininum sulfuricum* ont été donnés pour combattre différentes complications.

Les grandes oscillations n'ont commencé qu'après le 20^e jour.

OBSERVATION II. — *Lit supplémentaire, salle des femmes. — Fièvre typhoïde, forme commune. — Mlle..., 13 ans. — Entrée le 1^{er} décembre, sortie le 3 janvier.*

Malaise depuis une huitaine de jours, alitée depuis 2 jours seulement. Céphalalgie, vertiges, douleur fosse iliaque droite. Pas de diarrhée, ni d'épistaxis.

1^{er} décembre, 3^e jour. — Temp. s. 38,8.

Le 2 décembre, 4^e jour. — Temp s. 40°. *Aconit T. M.*, 10 gouttes.

Le 4 décembre, 6^e jour. — Temp. s. 39,5. Il n'y a toujours pas de diarrhée, mais du *gargouillement* ; la langue est plus sale. *Nux vomica* 3.

Le 5 décembre, 7^e jour. — Même traitement. On voit apparaître quelques *taches*.

Le 6 décembre, 8^e jour. — La fièvre est toujours modérée : temp. m. 38° et s. 39,4 ; mais la malade se plaint beaucoup de la tête. *Belladone* 3, 3 gouttes.

Le 8 décembre, 10^e jour. — Un peu moins de fièvre : temp. m. 37,6 et s. 39°. Beaucoup moins de céphalalgie, pas de diarrhée ; la malade doit prendre un lavement. Même traitement.

Le 10 décembre, 12^e jour. — Débâcle à la suite du lavement, mais la diarrhée n'a pas continué, plus du tout de céphalalgie. *China* 3.

Le 15 décembre, 17^e jour. — Le sommeil est bon, l'appétit revient. Il y a toujours de la fièvre, surtout le soir. *China* 3.

A partir de ce jour, l'amélioration s'affirme : la fièvre diminue chaque soir pour disparaître complètement le 18 décembre, 23^e jour de la maladie. Le

même traitement est continué jusqu'au 22, après quoi on cesse toute médication.

Sortie le 3 janvier.

Remarque. — Cas peu remarquable, les grandes oscillations ont commencé dès le 6^e jour pour continuer tout le temps de la maladie, Aussi *china* a été le médicament principal.

OBSERVATION III. — Lit n° 10, *salle des femmes*. — *Fièvre typhoïde*, forme commune. — Mme... — Entrée le 9 décembre, sortie le 16 janvier.

Malade depuis 3 semaines environ. Fièvre continue depuis cette époque. Bourdonnements d'oreille, vertiges, épistaxis, diarrhée. *Belle éruption de taches*. Râles assez nombreux dans les deux poumons. Hébétude extrême. Le 9 décembre. — Temp. s. 38,5, *ipeca* 3.

Le 10 décembre. — Temp. m. 38° et s. 38,5. Beaucoup d'affaissement. Diarrhée abondante. Nombreux râles muqueux et sibilants. *Ipeca* 3, et *arsenic*, 3^e trit.

Même traitement jusqu'au 13 décembre. — Les selles sont plus petites, mais restent très fréquentes. Beaucoup de sécheresse de la langue et de l'arrière-gorge. Temp. m. 37,2 et s. 39°. *Corrosivus*, 3^e dil.

Le 15 décembre. — Depuis quelques jours, les oscillations sont plus grandes. La malade se trouve un peu mieux. Même traitement.

Le 18 décembre. — Il n'y a plus de fièvre, et la diarrhée a beaucoup diminué. Il reste toujours de la bronchite avec crachats épais. *Tartar. emétic.* 3^e trit.

Le 19 décembre. — La diarrhée est supprimée. Même traitement.

Le 20 décembre. — Il n'y a plus de diarrhée ; la malade tousse et crache beaucoup moins. La langue est assez belle, le sommeil et l'appétit sont venus. La fièvre n'a pas reparu. Même traitement.

Le 23 décembre. — Ni diarrhée, ni toux, mais un peu de céphalalgie. *China* 3.

Le 27 décembre. — La malade, qui par ailleurs allait très bien, se plaint d'une douleur assez vive dans le genou droit. *Bryon.* 3.

Le 29 décembre. — Douleur persiste et gagne les deux genoux. Un peu de rougeur (?), mais pas de gonflement. *China* 3.

Le 3 janvier. — Il n'y a plus de douleur que dans le genou droit, mais celle-ci est encore assez vive pour empêcher la malade de se tenir debout. Beaucoup d'agitation la nuit. *Ignatia* 3.

Le 6 janvier. — Mieux, moins d'agitation. Même traitement.

Le 8 janvier. — La diarrhée a un peu repris hier. Pas de fièvre. *Arsenic*, 3^e trit.

Le 11 janvier. — Il n'y a plus de diarrhée, mais la même douleur persiste toujours dans le genou droit, moins vive il est vrai, mais encore assez forte la nuit pour gêner ou même empêcher le repos.

Pas de symptômes à l'extérieur ; aucun gonflement ; articulation libre. *Ignatia* 6^e, 2 gouttes, jusqu'à la sortie le 16 janvier.

Les forces sont revenues et la malade se ressent à peine de sa douleur.

Remarque. — Il ne nous a pas été possible de fixer exactement le début de la fièvre typhoïde, l'état d'hébétude dans lequel était la malade ne nous permettait pas d'ajouter foi aux renseignements qu'elle nous a donnés. Les taches étaient nombreuses le 9 décembre, la fièvre s'est terminée le 20 ; il est donc probable que la maladie a duré trois semaines. Le *corrosivus* a été administré contre la diarrhée avec selles petites ; *tartarus*, prescrit à cause de la bronchite, a modifié fort heureusement l'état du ventre.

La feuille des températures donne encore les grandes oscillations.

OBSERVATION IV. — Lit n° 1, *salle des femmes*. — *Fièvre typhoïde à rechute*. — Mlle., 20 ans. — Entrée le 25 décembre, sortie guérie au mois de mars.

Antécédents. — Alsacienne, n'habite Paris que depuis 2 ans. Pas de maladies antérieures.

Prodromes. — Se plaint d'un malaise général depuis 15 jours environ. A pris le lit 3 jours seulement avant son entrée à l'hôpital, mais est d'une nature très courageuse.

Entrée le 25, probablement le 7^e jour de sa maladie. Céphalalgie s'accompagnant de vertiges ; anorexie. Pas d'épistaxis, pas de gargouillement ni de taches, mais langue très sale, rouge à la pointe ; douleur assez vive à la pression, fosse iliaque droite. Diarrhée depuis quelques jours. Temp. s. 40°.

Le 26 décembre, 8^e jour. — Selles brunes d'odeur fétide, soif vive, céphalalgie occipitale. Temp. m

39,8 et s. 40,6. Une ou deux taches. *Muriatis acidum* 3^e dil, et *belladone* 3, pour la nuit.

Le 27 décembre, 9^e jour. — Beaucoup de diarrhée ; nuit sans sommeil, mais sans trop d'agitation. Temp. m. 39,7 et s. 40,2. *Muriatis acidum*, 1^{re} décim., 4 gouttes et *belladone* 3.

Le 28 décembre, 10^e jour. — Quelques nouvelles taches, mais éruption en somme très légère. Un peu moins de diarrhée et de céphalalgie. Toujours absence de sommeil. Temp. m. 39,5, et s. 40°. *Muriatis acidum*, 1^{re} décim., 4 gouttes.

Le 30 décembre, 12^e jour. — La température oscille toujours entre 39,5 et 40,2. Il y a moins de diarrhée, mais les nuits sont plus mauvaises. La malade parle haut, plus encore qu'elle ne s'agite. *Arsenic. album*. 3^e trit.

Le 31 décembre, 13^e jour. — La diarrhée semble vouloir reprendre, 7 selles ; pas de nouvelles taches. Même traitement qu'on continue également le 1^{er} janvier.

Le 2 janvier, 15^e jour. — Temp. m. 39,1 et s. 40,1. Les nuits sont plus calmes ; il y a aussi moins de diarrhée, 3 selles au lieu de 7 ; mais la malade se plaint davantage de la tête, surtout dans la région occipitale. *Arsenic. album*, 3^e trit., et *belladone* 3, la nuit.

Le 4 janvier, 17^e jour. — Temp. m. 38,5 et s. 39,8. La diarrhée est toujours modérée, 3 selles mais la céphalalgie persiste, bien qu'un peu moins vive ; il n'y a pas douleur le long de la colonne vertébrale. Le ventre est plus douloureux, un peu bal-

onné, la malade tousse depuis quelques jours. Même traitement.

Le 5 janvier, 18^e jour. — Temp. m. 39° et s. 39.8. Même état. 4 selles. Même traitement.

(A suivre).

CUPRUM

LE CUIVRE ET SES SELS ⁽¹⁾.

SYMPTÔMES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE. — Palpitations de cœur, pouls accéléré. Orfila signale le ralentissement du pouls à 24 pulsations par minute. *Syncopes* répétées. Simmons signale l'inflammation d'un *vaisseau lymphatique* de la main à l'aisselle.

Gonflement et douleurs des *glandes* du cou et de l'aisselle.

SYMPTÔMES DU TRONC ET DES MEMBRES. — Les douleurs produites par le cuivre, excepté les crampes dans les mollets sont peu caractéristiques. Douleur de contusion dans les bras et les jambes; douleurs tiraillantes et déchirantes ressemblant à des *névralgies*, particulièrement à la plante du pied et à son bord interne; douleur dans les os du carpe, dans l'*articulation* du pouce, dans la pulpe des doigts; prurit aux pieds; sensation de souffle, de bulles d'air

(1) Extrait du *Traité de matière médicale expérimentale et de thérapeutique positive*, que le Dr Jousset fera paraître au mois d'août prochain, chez J. B. Baillière.

qui circulent dans les membres supérieurs et inférieurs (?). Toutes les douleurs augmentent par le toucher.

THÉRAPEUTIQUE.

La tradition, la pathogénésie et l'observation clinique des médecins homœopathes sont d'accord pour recommander le cuivre dans le traitement de toutes les affections où il existe un spasme, un désordre de la contraction musculaire. A la tête de ces affections il faut placer l'épilepsie, certaines formes d'hystérie, la chorée, les crampes, la coqueluche, la laryngite striduleuse, l'asthme et le choléra ; viennent ensuite le délire fébrile, la céphalée, le tic douloureux, le vomissement nerveux, la dysenterie, la diarrhée chronique (*invagination intestinale*) ; puis, répondant à un autre mode d'action du cuivre, le cancer, la phthisie, la chlorose, le diabète, le croup, le prurit sans lésions.

Épilepsie. — La pathogénésie indique le cuivre dans le traitement du vertige épileptique ou *petit mal* ; et dans les grands accès avec chute subite, torsion de la tête, écume à la bouche, cris comme le coassement d'une grenouille ou pas de cris : spasme du pharynx ; accès nocturnes.

Hystérie. — Le cuivre, qui est indiqué dans le traitement de l'hystérie par ses symptômes moraux, correspond principalement aux *grandes attaques d'hystéro-épilepsie* dans lesquelles la connaissance revient quelque temps avant que le malade puisse ouvrir les yeux et parler. Les applications de *plaques de cuivre* dans le traitement de l'hystérie convulsive ne doivent leur efficacité qu'à l'absorption de ce métal par la peau.

Dans un certain nombre de cas observés à la Salpêtrière, les *applications externes* ont suffi, d'après Burq et Charcot, pour amener la guérison complète de l'hystérie.

Chorée. — Le cuivre a été administré quelquefois avec succès dans le traitement de la chorée.

Les *crampes*, surtout celles qui siègent dans les mollets, sont guéries sûrement par le cuivre à quelques maladies que les crampes se rapportent. L'emploi du cuivre dans le traitement des crampes est entré dans le domaine public, surtout depuis les travaux de Burq.

Coqueluche. — C'est seulement dans la forme de la coqueluche qui s'accompagne de spasme musculaire et de convulsions que convient le cuivre ; il faut le prescrire aussitôt que les quintes s'accompagnent de coloration violette de la face et de roidissement des membres.

Laryngite striduleuse. — Cuprum, qui a été surtout recommandé par Richard Hughes, est très bien indiqué par la pathogénésie. Petite toux incessante avec suffocation, cris, spasme du larynx.

Asthme. — Quand les accès sont très spasmodiques, avec resserrement constricteur de la poitrine jusqu'à la suffocation ; et, surtout, si les accès sont interrompus momentanément par des vomissements spontanés. Les crampes et les roideurs des membres confirment l'indication du cuivre.

Choléra. — Le cuivre est un des trois médicaments indiqués par Hahnemann dans le traitement du *choléra*. Il convient principalement quand les crampes sont très nombreuses, les vomissements excessifs, violents et douloureux. Employé par les médecins

homœopathies comme remède *prophylactique* du choléra, ce médicament a été préconisé dans le même but par Burq, en application externe. C'est un moyen qui a quelque valeur.

Hahnemann avait été conduit à prescrire le cuivre comme médicament prophylactique du choléra par l'immunité dont jouissent les mineurs employés aux mines de cuivre. Burq a, dans un travail fort intéressant, démontré que les ouvriers en cuivre sont, eux aussi, préservés du choléra dans la ville de Paris. Des allopathes ont essayé les sels de cuivre dans le traitement du choléra, mais ils ont employé des doses toxiques et n'ont pas eu de succès.

Délire fébrile. — La pathogénésie nous a montré que le cuivre était indiqué contre le délire fébrile, quand ce délire était violent, accompagné d'impulsion à mordre, à cracher à la figure en même temps qu'à rire. Schmid le recommande dans le délire des fièvres éruptives, dans celui qui accompagne une dentition difficile, dans le délire ultime des affections chroniques. Nous pensons qu'il conviendrait également dans certain délire de la fièvre typhoïde et qu'il devrait être essayé dans la *méningite*.

La *céphalée* a été plusieurs fois guérie par de fortes doses de cuivre ; nous l'avons guérie quelquefois par l'application d'une plaque de cuivre sur la région douloureuse ; du reste, ce médicament est parfaitement indiqué par la pathogénésie : « céphalalgie violente qui arrache des cris. »

Tic douloureux. — Nous avons fait remarquer dans la pathogénésie que certains symptômes de la face rappelaient le tic douloureux. M. Féréfol a prescrit de très fortes doses de sulfate de cuivre ammoni-

cal contre la névralgie faciale, et il croit avoir eu des succès.

Vomissements nerveux. — Le cuivre est surtout indiqué par la pathogénésie quand ces vomissements se compliquent de *crampes d'estomac*.

Dysenterie et diarrhée de dentition. — La pathogénésie du cuivre offre une image assez exacte de la dysenterie avec coliques à crier et selles sanguinolentes ; les crampes dans les mollets préciseraient ici l'indication du cuivre.

Eisenmann, médecin bavaïois, qui ne pouvait ignorer les travaux des médecins homœopathes, a prescrit avec succès le *sulfate de cuivre* dans la diarrhée incoercible de dentition et le choléra infantile. Mais il a eu le tort d'ajouter une petite proportion d'opium à ce médicament pour atténuer les effets du cuivre ; il est plus simple et plus efficace de donner des doses infinitésimales de cuivre.

Richard Hughes rapporte deux cas de guérison d'*invagination intestinale* par cuprum.

Cancer. — Gerbier, Dubois (de Rochefort), et quelques autres ont préconisé le cuivre dans le traitement du cancer. Cette médication est aujourd'hui totalement abandonnée, mais il y aurait peut-être quelque intérêt à la reprendre.

Phthisie. — La toux sèche, les crachements de sang, la dyspnée, l'amaigrissement excessif font penser au cuivre dans le traitement de la phthisie ; mais l'observation clinique nous fait à peu près complètement défaut.

Le *diabète* est cité par Pfundel comme une maladie guérie par le cuivre ; mais cet auteur n'a donné aucune indication spéciale.

Chlorose. — Préconisé surtout par un médecin italien, Mendini, le cuivre a été aussi administré avec quelques succès dans le traitement de la chlorose par les médecins homœopathes.

Croup. — Ce n'est pas seulement comme vomitif qu'agit le cuivre à haute dose dans le traitement du croup, mais encore par son action physiologique sur les glandes mucipares et salivaires dont il excite la sécrétion. L'inflammation de l'arrière-gorge, la toux sèche et les accès de suffocation indiquent encore ce médicament dans le traitement du croup. Godefroy, Berengnier, Morel, Missons et surtout Hœnerkopf citent de nombreux succès dans le traitement du croup par le cuivre à dose vomitive.

Prurit général. — Le *prurigo sans papule* a été très heureusement modifié par de très petites doses d'acétate de cuivre (Lafargue de St-Emilion).

Modes d'administration et doses. — Le cuivre métallique se prescrit habituellement aux dilutions élevées de la 12^e à la 30^e et les sels de cuivre aux basses dilutions.

L'application externe du cuivre se fait à l'aide de *plaques* maintenues sur la peau ; les sels de cuivre conviennent dans la composition de plusieurs préparations pour l'usage externe : les crayons de sulfate de cuivre pour toucher les affections chroniques de la paupière et de la conjonctive ; les collyres avec l'eau céleste ; des liquides divers pour injections, et entre autre la liqueur de Villate. Nous ne citons ces préparations que pour mémoire, elles sont presque inusitées parmi nous.

Dr P. JOUSSET.

BIBLIOGRAPHIE

ESSAI SUR LES HÉMATOCÈLES INTRA-PÉRITONÉALES

Thèse pour le Doctorat en médecine, soutenue devant la Faculté de Paris par M. le D^r MARC JOUSSET.

Depuis quelques mois déjà, l'école homœopathique compte un nouveau disciple dans ses rangs. M. le D^r Marc Jousset, fils de notre maître le D^r Jousset, vient de couronner par une brillante thèse, de brillantes études. Marchant sur les traces de son père, notre ami, M. Marc Jousset, sortit victorieux il y a quatre ans du concours si difficile de l'internat ; années précieuses, pendant lesquelles on acquiert l'expérience et le vrai sens clinique.

Noblesse oblige, comme dit le proverbe, et M. Marc Jousset ne l'ignore pas ; aussi, a-t-il pensé qu'après de si bons débuts, il ne suffisait pas d'une de ces thèses banales et écourtées comme on en voit éclore bon nombre tous les ans ; il a voulu présenter un travail original et intéressant, propre à prouver quelque chose et à élucider une question de pathologie.

C'est pendant son année d'internat chez M. le D^r Bernutz, que M. Jousset a pu observer les cas d'hématocèle qui lui ont suggéré l'idée première de sa thèse, qui a principalement pour but d'établir que, contrairement à ce qu'on enseigne en général, l'hématocèle n'est pas une entité morbide, une maladie, mais seulement une affection symptomatique d'états très divers, survenant le plus souvent dans le cours d'une pelvi-péritonite.

Voici la définition que l'auteur nous donne de l'hématocèle :

« L'hématocèle utérine est une affection symptomatique d'une hémorragie intra-péritonéale, que celle-ci provienne des organes génitaux de la femme, ou des vaisseaux de nouvelle formation d'une pelvi-péritonite.

Caractérisée anatomiquement par une tumeur sanguine enkystée, située dans le petit bassin, et proéminent dans l'abdomen ; caractérisée symptomatiquement par une tumeur, faisant une saillie vaginale ordinairement rétro-utérine et remontant plus ou moins haut dans l'abdomen, tumeur fluctuante au début, présentant plus tard des points fluctuants et des points indurés, devenant indurée à une période plus avancée et présentant très-souvent des augmentations et des modifications en rapport avec la fonction menstruelle. »

Cette définition, si elle n'a pas le mérite de la brièveté, a au moins celui de bien faire comprendre ce qu'on doit entendre par ce terme : hématocèle.

Le chapitre premier consacré à l'anatomie pathologique a été traité avec un soin tout particulier ; M. Jousset étudie successivement la formation de l'enkystement, l'état du kyste qui présente six parois différemment constituées, l'état du sang contenu dans le kyste, l'état des organes voisins ; il cherche à démontrer, en s'appuyant sur des expériences faites par divers auteurs, la nécessité d'une altération antérieure du péritoine pour que l'enkystement soit possible. De nombreuses expériences viennent en effet démontrer que du sang injecté dans un péritoine sain

se résorbe. Il passe ensuite en revue les lésions particulières qui peuvent amener à reconnaître le point de départ de l'hémorragie : rupture du pléxus utéro-ovarien, rupture et apoplexie de l'ovaire, rupture de la trompe, rupture de grossesse extra-utérine, hémorragie tubaire, reflux du sang de l'utérus dans la cavité péritonéale par l'intermédiaire des trompes. Cette dernière pathogénie de l'hématocèle qui a été proposée par M. Bernutz n'a pas été admise sans contestation, aussi M. Jousset apporte-t-il de nombreux faits propres à établir la réalité de cette théorie. Un paragraphe spécial est consacré aux lésions particulières à l'hématocèle consécutive à la pelvi-péritonite, variété dans laquelle l'enkystement est antérieur à l'hémorragie.

Passant ensuite à la symptomatologie, M. Jousset distingue deux formes symptomatiques de l'hématocèle utérine : 1° *la forme commune*, débutant par des symptômes généraux graves qui rappellent ceux de la péritonite, par des troubles du côté de l'excrétion des urines et des matières fécales, puis présentant, au bout de quelques jours, une rémission des symptômes aigus et pouvant avoir, selon les cas, une terminaison par résorption rapide, une terminaison par passage à l'état chronique, par rupture ou par ouverture spontanée, ou enfin à la suite d'une intervention chirurgicale ; 2° *la forme chronique d'emblée*, qui diffère de la précédente par l'absence presque complète de symptômes généraux et par l'indolence presque absolue.

Un chapitre intéressant est celui où M. Jousset,

considérant l'hématocèle comme un symptôme, en fait la séméiologie. En effet, s'il est des cas où le diagnostic de la variété d'hématocèle est facile parce que le médecin a assisté au début des accidents et a vu se dérouler tout le tableau morbide, il en est d'autres où il est très difficile parce que le médecin est appelé longtemps après le début des accidents et manque de renseignements sur les antécédents. Selon M. Jousset, lorsqu'on se trouvera en présence d'une femme présentant les signes classiques de l'hématocèle constituée, la première chose à rechercher sera de savoir si l'apparition de la tumeur sanguine a été précédée de symptômes d'hémorragie interne, survenus rapidement, soit dans l'état de santé absolu, soit après quelques symptômes vagues; ou bien, s'il y avait antérieurement des signes évidents de maladies durant depuis un temps plus ou moins long; de là, deux classes bien distinctes d'hématocèles :

1° Hématocèles à début brusque ou dramatique, selon l'expression de M. Bernutz ;

2° Hématocèles à début lent.

Dans le premier cas, hématocèle à début dramatique, en interrogeant la santé antérieure de la malade on peut trouver: 1° que le début brusque des accidents est survenu en pleine santé et, alors, l'hémorragie qui a été le point de départ de l'hématocèle peut provenir d'une rupture des veines utéro-ovariennes, d'une rupture de l'ovaire ou de la trompe, ou d'une exhalation sanguine aiguë du péritoine ; 2° que le début brusque est survenu après des signes de

grossesse extra-utérine plus ou moins marqués ; 3^e que ce début brusque est consécutif à une métrorragie..

Dans le second cas, hématocele à début lent, l'apparition de la tumeur sanguine a été précédée de symptômes appartenant à deux ordres de faits bien différents ; ou le début lent a été constitué par des symptômes de rétention menstruelle ; ou bien, il a été constitué par des symptômes de pelvi-péritonite. Cette dernière variété, est, selon M. Jousset, de beaucoup la plus fréquente.

Après avoir établi le diagnostic de la variété et de la cause de l'hématocele, l'auteur passe en revue les différentes affections qu'on pourrait confondre avec elle. D'une façon générale, le diagnostic sera d'autant plus difficile que le médecin aura été appelé plus tardivement auprès de la malade. On aura à distinguer l'hématocele de la grossesse simple, de la grossesse extra-utérine, de l'hématocele extra-péritonéale, des phlegmons du ligament large, des kystes de l'ovaire, des kystes hydatiques du bassin, de la rétention menstruelle, des corps fibreux et cancers de l'utérus et surtout de la pelvi-péritonite. Cette affection est parfois impossible à distinguer de l'hématocele consécutive à la pelvi-péritonite, parce que cette variété ne possède pas le début dramatique, brusque et aigu des hématoceles par rupture, parce que, dans certains cas, il peut y avoir chez la même malade coexistence des deux lésions.

Le pronostic variera suivant la cause de l'hématocele ; celle qui est consécutive à une hémorragie

provenant d'une rupture est la plus grave et, dans ce cas, la mort est plus fréquente que la guérison. Les hématoèles métrorragiques, par rétention menstruelle et enfin les hématoèles par hémorragie dans le cours d'une pelvi-péritonite sont au contraire beaucoup moins graves, et, si on ne se livre pas à une intervention intempestive, si elles ne s'ouvrent pas spontanément, les malades guériront le plus souvent, après une maladie longue.

Dans un dernier chapitre, M. Jousset s'occupe du traitement et indique quelle devra être la conduite du médecin dans les trois cas suivants : 1° Au début des accidents, lorsqu'il y a des signes d'hémorragie interne ; 2° lorsque l'hématoèle est constituée et en évolution ; 3° lorsqu'il existe des complications.

Une série de vingt-huit observations termine ce remarquable travail, dont nous rapportons ici les conclusions :

« 1° L'hématoèle utérine intra-péritonéale n'est pas une maladie, une entité morbide, mais seulement une affection symptomatique d'états absolument divers.

« 2° Elle est constituée par des symptômes de tumeur pelvienne et abdominale sensiblement les mêmes dans toutes les variétés. Ces symptômes de tumeur sont assez spéciaux et ont une marche assez particulière pour qu'on puisse affirmer le plus souvent le diagnostic sans ponction exploratrice et en l'absence d'évacuation spontanée du sang enkysté, lorsque le médecin est appelé de bonne heure auprès de la malade.

« 3° L'apparition de la tumeur sanguine est toujours précédée de symptômes propres à l'affection qui cause l'hématocèle, symptômes qui permettent le plus souvent de faire le diagnostic de la variété.

« 4° Il existe une classe d'hématocèle *par rupture* survenant dans l'état de vacuité et pendant le cours de grossesses extra-utérines. Cette variété est caractérisée par des accidents débutant d'une façon dramatique soit pendant la santé la plus complète, soit après quelques symptômes de grossesse et caractérisés par les signes d'hémorragie interne qui sont remplacés au bout de quelques jours par les signes de l'hématocèle constituée. Cette variété est très rare, parce que les hémorragies de cette nature sont ordinairement cataclysmiques ; elle est très grave.

« 5° Il existe une autre variété, l'hématocèle *par reflux* survenant tantôt brusquement chez une malade présentant une métrorragie (*hématocèle métrorragique*), tantôt lentement, après des symptômes de dysménorrhée (*hématocèle par rétention menstruelle*). Cette variété est encore rare et elle est grave, quoique moins que la précédente.

« 6° Il existe une autre variété, l'hématocèle *consécutive à la pelvi-péritonite*, et c'est la forme qui nous paraît de beaucoup la plus fréquente et qui est aussi la moins dangereuse.

« 7° Il ne faut ponctionner les hématocèles que lorsqu'il existe des menaces bien sérieuses de rupture dans la cavité abdominale. »

D^r GABALDA.

NOUVELLES.

La situation précaire de quelques-uns des hôpitaux les plus importants de Londres a servi de thème depuis deux mois à de nombreux articles de journaux. A regarder d'un peu près, on croirait que les administrateurs de ces établissements acceptent comme un axiome le paradoxe : qui s'endette s'enrichit. Ainsi, l'hôpital de Londres qui a un revenu de 14,000 livres en dépense 47,000, de même l'hôpital Saint-Georges qui vit sur son capital. On s'est ému à juste titre de cette situation et, dans un *meeting* tenu à *Mansion House*, les magnats de la cité ont rassemblé une somme de 40,000 livres pour l'hôpital de Londres. L'aristocratie et la fashion du *West-End* se sont réunies à *Grosvenor-House*, sous la présidence du Duc de Cambridge et ont souscrit pour 300 livres en faveur de l'hôpital Saint-Georges. Le *Times* prit à son tour l'affaire en mains et, s'appuyant sur ce fait que la moitié des lits de ce dernier établissement ne pouvaient, faute d'argent, être occupés, et que le même sort attendait les autres à bref délai, il fit appel à la charité publique. Le Major Vaughan Morgan, l'un des protecteurs et des administrateurs de l'hôpital homœopathique de Londres, télégraphia immédiatement au président de la réunion qu'il s'engageait à verser pendant cinq ans, dans la caisse de l'hôpital Saint-Georges, une rente de 1,000 livres, destinée à l'entretien de quelques lits réservés à des malades qui seraient traités suivant la méthode homœopathique. Le Major Vaughan attend encore sa réponse.

Ce n'est pas la première fois que pareil fait se passe à Londres. Il y a une vingtaine d'années, un membre de la famille Gurney, chargea son ami et médecin, le Dr David Wilson, de faire une proposition analogue à l'administration de l'hôpital Sainte-Marie. L'offre fut déclinée, on passa de

1,000 à 6,000 livres. Même refus. Le Dr Wilson fut alors autorisé à adresser les mêmes propositions à tous les hôpitaux de Londres et partout se heurta aux mêmes entêtements. M^{re} H. E. Gurney déclara qu'elle prenait à sa charge exclusive pendant trois ans l'entretien de cinquante lits qui seraient placés sous la direction du Dr Wilson. Si l'expérience tournait en faveur de l'homœopathie, M^{re} Gurney s'engageait à entretenir d'une façon permanente trente et un lits dans l'hôpital qui voudrait accepter ses propositions. Mais toutes ces démarches furent inutiles et l'allopathie londonienne refusa constamment à l'homœopathie les moyens de faire ses preuves. Avouons qu'il y avait prudence de la part de nos adversaires et prudence justifiée. Cette crainte salutaire s'est, du reste, notablement accrue de nos jours: on répondait à M^{re} Gurney, au Dr Wilson; aujourd'hui, on se garde bien de connaître la lettre du Major Vaughan. Le silence, et rien que le silence maintenant; après tout, c'est peut-être la meilleure des armes que possèdent ces gaillards-là.

Clientèle homœopathique à prendre à Smyrna, dans l'Etat de Delaware. M^{re} Ella F. Swinney, qui exerçait avec succès notre art dans cette cité, est à la recherche d'un successeur de l'un ou l'autre sexe. Elle est envoyée à Shangai, en Chine, par la congrégation baptiste, à laquelle elle appartient, en qualité de missionnaire et de médecin.

Par décret royal du 4 mai dernier, le docteur Henry Badiolle, de Tarbes, a été nommé chevalier de l'ordre de Charles III. Nos compliments à notre confrère.

A. C.

Le Gérant : D^r A. CLAUDE.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

Les gens qui inventent la poudre à canon

A. A. Smith, professeur de matière médicale à l'hôpital Bellevue de New-York, doit assurément se ruiner à payer au *Patent-Office*, ou bureau des brevets de Washington les frais d'enregistrement de ses innombrables découvertes. Mais Smith est généreux, et c'est sans compter ni regarder qu'il répand autour de lui les saines notions.

Avec son ami Piffard, il a trouvé que, dans les maladies chroniques, il faut espacer les doses de médicaments et que, dans les cas aigus, les doses très fractionnées et souvent répétées ont une action plus marquée. Ajoutez que Smith maintient haut et ferme le drapeau de l'honneur professionnel et qu'il n'admet pas seulement l'idée d'une compromission entre les médecins *réguliers* (?) et cette tourbe d'impudents sectaires qui prétendent relever de Hahnemann. Je n'en ai pas fini avec les mérites de Smith : ses travaux sont empreints du plus pur esprit pratique. Smith ne s'égare pas plus dans les généralités d'une théorie relative à l'action des médicaments que dans des recherches bibliographiques ou historiques. Ce qu'il poursuit ce sont des données con-

trôlées par une expérience répétée, des données pratiques, pratiques comme lui, qui me fait l'effet d'une véritable *pratique*.

Pour bien le juger, lisez ce résumé d'une de ses leçons qu'il a fait paraître dans le *Medical Times and Gazette*, du 2 juin dernier, et que je traduis de la façon la plus honnête, c'est-à-dire aussi scrupuleusement qu'il m'est possible :

• Chez les enfants d'un esprit excitable, qui sont ordinairement d'un tempérament délicat et nerveux, qui sont dérangés par le plus léger bruit et qui ne peuvent guère s'endormir avant dix ou onze heures du soir, un sédatif nerveux est nécessaire. On obtient d'excellents effets de la *camomille* sous quelques-unes de ses formes, comme celle de sa teinture à petites doses administrées toutes les quinze ou vingt minutes. C'est un meilleur sédatif que le chloral, qui est sujet à troubler la digestion et elle agit également comme un tonique. Une petite cuillerée de la teinture dans un demi-verre d'eau forme une potion qu'on laisse boire à volonté à l'enfant. L'*ipécacuana* administré à petites doses est aussi un remède important. Une goutte de *vin d'ipéca*, toutes les dix ou quinze minutes, arrête souvent des vomissements opiniâtres dus à des causes variées comme la grossesse ou la gastrite subaiguë et ceux qu'on observe chez les enfants. L'expérience du Dr Smith a confirmé l'exactitude de l'assertion de Trousseau qu'une petite dose de *calomel* (un seizième de grain pris en dix ou douze heures) soulage la céphalalgie nocturne de la syphilis. Ce praticien n'a prescrit jusqu'ici

qu'un quatorzième de grain et le médicament révélait son efficacité dès la deuxième ou troisième nuit. On combat avec avantage chez les enfants à la mamelle les vomissements ou régurgitations de lait à l'aide d'une solution d'un grain de *calomel* dans une pinte d'eau, dont on fait prendre une petite cuillerée toutes les dix ou quinze minutes. On met d'abord le *calomel* dans une once d'eau de chaux et on verse le tout dans une pinte d'eau.

Dans le vomissement et la diarrhée non inflammatoire, un vingt-quatrième de grain de *mercure à la craie* est souvent d'un grand bénéfice ; et, quand l'évacuation diarrhéique est muqueuse, ce qui indique l'action inflammatoire, une petite cuillerée d'une solution d'un grain de *sublimé corrosif* dans un quart d'eau, donnée d'heure en heure, rendra service. On administre généralement, dans les maladies de cœur, la digitale à fortes doses, en trois ou quatre fois dans la journée ; mais des doses plus faibles et plus souvent répétées sont bien plus utiles. Une seule goutte de la teinture de ce médicament, quand il est requis pour une affection organique, donnée à intervalles d'une demi-heure ou d'une heure, suivant la gravité des symptômes, amènera souvent un grand soulagement, sans qu'on ait à redouter d'effets dangereux. Depuis longtemps, on emploie l'*aconit* à petites doses, mais pas assez souvent répétées. Il y a bien des cas de mouvement fébrile avec peau sèche et chaude, pouls plein et rebondissant, les muqueuses nasale et buccale assez sèches, cas, dans lesquels le mouvement fébrile n'est pas le signe de

céphaliques ou faciales, la teinture de *gelseminum* à la dose de trois minimes de demi-heure en demi-heure, agit parfois comme un charme et ne laisse après elle aucun dérangement. »

A côté de Smith, de New-York, je pourrais citer Huchard, de Paris, qui découvre la *nitro-glycérine*, un succédané de la poudre à canon, et Christopher Elliott, d'Angleterre, qui nous révèle, dans le *Practitioner* les hautes vertus de la *camomille* dans la diarrhée infantile.

Voilà où en arrive l'allopathie, heureusement pour ses malades. Laissons de côté les justes récriminations que peuvent soulever en nous ces plagiatés éhontés et félicitons-nous au contraire de ces hommages involontaires que nous rendent nos adversaires en s'appropriant subrepticement notre méthode et nos procédés. L'humanité en profite et cela doit suffire à nous consoler et à nous encourager. Et qui sait ? Peut-être y aura-t-il un jour un allopathe honnête, qui voudra aller au fond des choses, rechercher l'origine de ces moyens si simples et si utiles de guérison et qui, l'enquête terminée, osera proclamer que Hahnemann était un grand homme et que ses disciples n'étaient pas, après tout, aussi niais et aussi malhonnêtes qu'on avait bien voulu le lui dire.

A. CLAUDE.

Des manifestations oculaires de la syphilis.

(*Suite et Fin.*)

ACCIDENTS TERTIAIRES.

Ulcérations spécifiques des paupières.

Nous avons dit, en parlant des accidents primitifs de la syphilis, que le chancre palpébral était excessivement rare. On en pourrait presque dire autant des ulcérations tertiaires dont l'apparition est généralement consécutive à des lésions osseuses ou périostales du rebord orbitaire, mais qui, en certains cas néanmoins, peuvent être primitives et débiter par une altération dermo-épidermique de nature gommeuse.

Lorsque l'affection est d'origine profonde elle revêt ordinairement la forme d'une périostite chronique. Les symptômes inflammatoires sont naturellement peu accusés; au début, on n'observe le plus souvent qu'un léger empâtement diffus de la région malade, avec douleur modérée à la pression et rougeur tégumentaire nulle ou insignifiante. Cet état de choses persiste durant un laps de temps plus ou moins long, présentant parfois de petites rémissions temporaires, mais n'offrant en réalité aucune tendance à la guérison spontanée. La suppuration de la tumeur est rare; lorsqu'elle se produit, elle n'intéresse ordinairement qu'un espace très limité de la région

début d'une fièvre continue, et pour lesquels une dose d'un tiers à une moitié de minimetous les quarts d'heure est d'une utilité marquée. Revenez-vous chez votre malade peu après le commencement de ce traitement, vous le trouvez souvent avec une légère sueur. Suivant les indications, on espacera alors davantage les prises de médicament. La teinture se prescrit de la même façon et avec avantage au début d'un refroidissement. Il faut aussi l'employer de la même façon dans l'hypertrophie du cœur avec palpitations, céphalalgie vive et trouble du système nerveux dû à l'exagération des mouvements de l'organe.

Parmi les autres médicaments qui révèlent leurs effets sous ce mode d'administration, le Dr Smith mentionne le *tartre émétique*. Une petite cuillerée, toutes les demi-heures, d'une solution d'un grain de cette substance dans un quart d'eau soulage les sifflements et la toux qui accompagnent la bronchite légère chez les enfants. Une seule goutte de teinture de *noix vomique*, toutes les dix minutes, détermine souvent un soulagement très notable dans la migraine, qui n'est pas d'origine nerveuse. Il faut donner ce médicament immédiatement ou peu de temps avant les repas. Une seule goutte de *teinture de cantharides*, d'heure en heure, soulage dans bien des cas le catarrhe vésical. Pour la diarrhée des enfants, accompagnée d'une légère inflammation, d'épreintes et d'évacuations gélatineuses, mais qui n'est pas une vraie dysenterie, cinq gouttes d'*huile de castor* incorporée avec de l'eau sucrée et gommée

fournissent d'heure en heure un excellent médicament. La teinture de *pulsatille* à dose de deux minimas donnée aux mêmes intervalles rend les plus grands services dans l'orchite et l'épididymite de même que dans la dysménorrhée, mais non dans ses formes membraneuse, obstructive ou névralgique. Ces flatulences si pénibles qu'on observe avec des palpitations à l'épigastre chez bien des femmes, au moment de la ménopause, sont heureusement amenées par l'extrait de *fève de calabar* (un quinzième de grain toutes les trente minutes, six ou huit fois de suite, qu'on reprend après un intervalle de trois heures). Dans l'aménorrhée indépendante de l'anémie, on tire bénéfice de faibles doses d'extrait fluide de *seigle ergoté* donné de demi-heure en demi-heure, pendant cinq ou six heures, la veille du jour de l'écoulement et le jour de son apparition. L'*ergot de seigle* est également utile dans la menstruation exagérée. Les hémorrhagies sont souvent arrêtées à l'aide d'une dose de deux minimas de teinture d'*ham-melis* toutes les demi-heures. On se trouve bien de la teinture de *belladone* à petites doses, toutes les demi-heures, dans le catarrhe nasal et la bronchite avec sécrétion abondante. On suspend après la huitième ou dixième prise, s'il n'y a pas prompte amélioration. Dans l'œdème pulmonaire avec diminution du pouvoir du cœur, cette substance sert à retarder l'exsudation séreuse et à ranimer l'action cardiaque.

Dans la migraine, un grain de *citrate de caféine*, toutes les demi-heures, procure souvent un soulagement très marqué de même que, dans les névralgies

affection syphilitique des parties génitales. La guérison complète fut rapidement obtenue par l'administration interne de *mercur.*, auquel j'adjoignis comme auxiliaires l'usage du bandeau compressif et l'instillation d'un collyre à l'atropine. »

Je ne mets pas en doute cette observation dont l'authenticité médicale me semble absolument prouvée ; mais n'ayant encore jamais rencontré cette forme de syphilide, je suis plutôt porté à croire qu'il s'est agi là d'une simple coïncidence, où l'atropine et le bandeau compressif, au lieu de n'être que des agents « auxiliaires », comme le croit le D^r Angell, ont, ainsi qu'il arrive généralement en pareil cas, suffi pour amener une entière guérison.

IRITIS TERTIAIRE OU GOMMEUSE.

L'iritis *tertiaire* ou *gommeuse* est sensiblement plus rare que l'iritis secondaire ou inflammatoire. C'est elle qui, maladroitement confondue avec cette dernière, a donné lieu à la symptomatologie complexe et erronée contre laquelle nous nous sommes élevé au début de ce travail.

Apparaissant à une époque très variable de la maladie constitutionnelle, cette affection a pour caractère anatomique spécial une formation de gommules minuscules dans le parenchyme même de l'iritis. Ces productions, le plus souvent multiples, ont pour effet immédiat un épaissement de la membrane irienne dont le tissu décoloré semble vilieux et boursoufflé par places. Les plus superficielles émergent

sous forme de nodosités jaunes rougeâtres à la surface de l'iris ; mais il est excessivement rare qu'elles atteignent des proportions aussi considérables que celles dont parle le Dr Angell et qu'elles arrivent à se mettre en contact avec la face postérieure de la cornée. Le plus souvent, ces condylomes sont fort petits et offrent à peine le volume d'un grain de millet ; parfois même ils sont si ténus qu'il est nécessaire pour les découvrir de s'aider d'une loupe et de l'éclairage oblique.

La nature de ces nodosités est, comme l'ont démontré les recherches du Dr Colbert, exactement semblable à celle des autres gommès de l'économie, c'est-à-dire qu'elles sont principalement formées de cytoblastions, de corps fusiformes fibro-plastiques et de matière amorphe.

Contrairement à ce qui a lieu dans l'iritis secondaire, l'iritis gommeuse n'offre qu'une tendance très modérée à l'exsudation de la lymphe, ce qui s'explique facilement par cette considération, que la première est aussi inflammatoire que la seconde l'est peu. Dans l'iritis tertiaire, l'apparition des phénomènes inflammatoires est sourde et insidieuse et leur évolution essentiellement chronique. Les douleurs sont presque nulles, excepté durant la nuit ; l'injection péri-kératique est à peine accusée et la photophobie presque toujours insignifiante. Le phénomène le plus marqué est en somme le changement de coloration de l'iris dont la teinte normale, altérée par les éléments jaunes des gommès, prend assez rapidement des tons fauves ou cuivrés.

Les synéchies postérieures sont rares au début et celles qui se produisent cèdent assez facilement à l'instillation des mydriatiques. En revanche, est assez fréquent de voir l'iritis tertiaire devenir suppurative. Un léger hypopyon apparaît dans la chambre antérieure, formé de matière séro-sanguinolente d'apparence gommeuse, tenant en suspension de petits grumeaux jaunâtres analogues à ceux qu'on rencontre dans le pus mal lié. Cette terminaison fâcheuse est l'indice d'un délabrement constitutionnel prononcé, et il est rare que la vision, dans ces cas, ne soit pas excessivement compromise.

Le diagnostic de l'iritis tertiaire est relativement assez facile, étant donnée surtout son époque tardive d'apparition et la coexistence fréquente d'accidents gommeux en d'autres points du corps. Il se peut cependant que ces derniers n'aient pas encore commencé à évoluer ou que, peu accusés, ils aient passé inaperçus. En pareille circonstance, il faut alors s'aider des commémoratifs, et insister sur l'examen direct de l'iris au moyen de la loupe et de l'éclairage oblique.

Reste-t-on dans le doute, on commencera par prescrire *Mercurius* à doses massives. Héroïque dans l'iritis secondaire, ce médicament est généralement inefficace dans l'iritis gommeuse et son administration constitue une pierre de touche tellement délicate et sûre, que deux à trois jours d'expérimentation suffisent d'ordinaire pour assurer le diagnostic. Si donc, ce laps de temps écoulé, il ne s'est manifesté aucune amélioration, il faut sans hésiter abandonner

mercur. et recourir à *kali iodatum* qu'on administrera aux doses massives de 1 à 2 grammes par jour.

Aurum est aussi un bon médicament du début, que l'on emploiera de préférence chez les sujets scrofuloux, et lorsque l'inflammation irienne s'accompagnera d'altérations osseuses. « Les douleurs qui indiquent son usage sont sourdes ou brûlantes et obligent à fermer de temps en temps les paupières. Elles augmentent le matin et se trouvent soulagées par une application d'eau froide. » (D^r Vilas, de Chicago).

Cinnabaris et *thuya*, ont aussi été recommandés par cet auteur et par les D^{rs} Allen et Norton; ces médicaments ont, paraît-il, amené des guérisons chez des personnes atteintes de « productions condylomateuses de l'iris. »

Je n'ai, sur ce point de thérapeutique, aucune expérience.

Ajoutons, en terminant, que l'iritis gommeuse dénotant une constitution très délabrée, il importe, avant tout, de relever les forces du sujet par une hygiène appropriée. Quant à la médication externe, elle se bornera comme pour l'iritis secondaire au repos des yeux, que l'on préservera de la lumière au moyen de lunettes fumées en forme de coquille, et à l'instillation répétée deux ou trois fois par jour d'un collyre atropique au 1000^m.

3° *Névrite optique tertiaire, symptomatique d'un néoplasme intra-crânien de nature gommeuse.*

La névrite spécifique que nous avons décrite en parlant des manifestations secondaires de la syphi-

lis survient parfois tardivement et peut, — en de rares circonstances, il est vrai, — coexister avec des accidents tertiaires précoces.

La véritable *névrite tertiaire* offre un tout autre cortège de symptômes. Résultant de la présence d'un néoplasme intracrânien de nature gommeuse, elle présente ordinairement l'ensemble des caractères ophtalmoscopiques de la névrite optique des tumeurs cérébrales, si bien décrite en 1860 par de Graefe.

Voici, en quelques mots, quels sont les résultats les plus habituels de l'examen du fond de l'œil : les régions périphériques sont saines, mais la zone papillaire est hyperémiee ainsi que la papille, dont la surface boursouflée fait irrégulièrement saillie sur le plan de la rétine. Les artères sont grêles et peu apparentes ; les veines, au contraire, sont engorgées, variqueuses, et dénotent une congestion passive dont le dernier terme est la production d'hémorrhagies rétiniennes et papillaires, mélangées d'exsudats atrophiques blanchâtres.

Ainsi qu'il arrive dans la plupart des névrites optiques, les troubles fonctionnels ne sont pas en rapport constant avec les lésions observées, et bien qu'en thèse générale on puisse dire que la diminution de la vue soit en raison directe des progrès matériels de l'affection, il arrive fréquemment que des altérations papillo-rétiniennes énormes coïncident avec une vision relativement très bonne. — Cas de Jackson cité par Abadie (1). La raison en est

(1) Ophthalmic Hospital reports, t. VII, 4^e partie.

simple : le processus n'intéresse tout d'abord que les éléments conjonctifs formant le substratum interstitiel du nerf optique et de la rétine avoisinante. Quant aux fibres nerveuses en elles-mêmes, elles sont primitivement indemnes, et leur activité physiologique reste intacte tant qu'une compression cellulaire ne les a pas atteintes secondairement.

Parfois, à ce moment, surviennent des phénomènes lumineux subjectifs, tels que phosphènes, étincelles, raies colorées, tous phénomènes attribuables à l'irritation mécanique des éléments nerveux comprimés.

La perception des couleurs reste naturellement normale tant que l'atrophie papillaire n'est pas devenue totale. A mesure que celle-ci se dessine, on voit graduellement diminuer les symptômes objectifs d'hypérémie veineuse. La rougeur du disque s'atténue, s'efface peu à peu et disparaît pour faire place à une teinte jaunâtre, puis entièrement blanche. Les bords de la papille, toutefois, n'ont généralement pas la netteté que l'on observe dans l'atrophie essentielle. Irréguliers et diffus, ils se confondent en certains points avec la zone rétinienne avoisinante, au niveau de laquelle les vaisseaux conservent l'aspect signalé plus haut. Quant aux hémorrhagies, elles se résorbent le plus souvent ; néanmoins, il n'est pas rare de rencontrer quelques reliquats pigmentaires atrophiques, vestiges indélébiles des troubles vasculaires de la période congestive.

Telle est, en quelques mots, la succession des phénomènes observés le plus généralement dans l'évo-

lution complète de la névrite tertiaire. Il ne faut pas oublier toutefois qu'il est certains cas où l'atrophie papillaire consécutive présente des caractères ophtalmoscopiques tels, qu'il est matériellement impossible de la différencier de l'atrophie essentielle. (Hutchinson, Abadie.)

La névrite optique tertiaire est ordinairement bilatérale. Une fois pourtant, je l'ai vue se manifester d'un seul côté.

La névrite optique tertiaire constitue-t-elle une manifestation constante des néoplasmes intra-crâniens de nature gommeuse ? Depuis le congrès ophtalmologique d'Heidelberg où fut, pour la première fois, agitée cette question, bien des opinions contradictoires ont été émises sur ce sujet. La plupart, d'ailleurs, comme celles de Nagel, de Wecker, Otto Becker, Sweigger, etc., ne reposent guère que sur des hypothèses et des considérations purement théoriques. Celle qui, jusqu'ici, semble devoir mériter le plus de créance, est celle du Dr Annuske, dont les conclusions sont basées sur des faits cliniques, aussi nombreux qu'indiscutables. Suivant cet auteur, cité par Abadie dans son traité des maladies des yeux(1): « 1° La névrite optique est un symptôme presque constant des tumeurs cérébrales ; 2° sa fréquence et son apparition précoce lui assignent une haute valeur clinique dans le diagnostic de cette affection à symptomatologie complexe et souvent obscure. »

Nous n'entreprendrons pas d'élucider la pathogé-

(1) *Traité pratique des maladies des yeux*, t. II, p. 54.

nie intime de la névrite tertiaire dont l'évolution succède parfois à des gommès minuscules et où les lésions, ainsi qu'il arrive dans presque tous les cas de néoplasmes intra-crâniens, sont uniquement limitées à l'émergence du nerf optique. (Virchow.) L'absence d'altérations matérielles et tangibles entre ce point et la tumeur empêchant d'admettre une propagation directe de l'inflammation à travers les fibres nerveuses, de Graëfe émit l'opinion que les troubles circulatoires des sinus caverneux retentissaient jusqu'à la veine centrale de la rétine, d'où congestion passive de la papille qui, bridée par l'anneau sclérotical, s'enflammait par étranglement. (Stauungspapille.)

Cette théorie, presque universellement adoptée à son apparition, fut bientôt battue en brèche par ce fait d'expérimentation post mortem, à savoir que souvent les néoplasmes intra-crâniens étaient insignifiants comme volume et siégeaient dans le cervelet, double condition pour qu'il fût à peu près impossible d'invoquer un excès de tension et des troubles circulatoires au niveau des sinus caverneux.

La théorie de l'œdème par rétrocession du liquide vaginal, imaginée au début par Schwalbe, et reprise non sans talent par Manz et Parinaud, semble au premier abord être plus soutenable. L'objection tirée de quelques très rares cas où l'autopsie n'a pas permis de retrouver de liquide céphalo-rachidien entre les deux graines du nerf optique n'a par elle-même aucune valeur sérieuse, car Leber a très justement fait remarquer que, dans ces cas, la ligature des nerfs optiques ayant été omise, il pouvait parfaitement se

faire que le liquide vaginal se fût spontanément écoulé au moment de la section.

Néanmoins, comme objecte avec raison le D^r Abadie, il est des cas nombreux où le nerf optique éprouve, par suite d'hémorrhagie vaginale une compression tout à fait analogue à celle qu'invoque Schwalbe et où néanmoins l'on ne voit survenir qu'une atrophie papillaire, sans névrite des tumeurs.

La dernière opinion que l'on ait formulée touchant ce point curieux de pathogénie oculaire est celle du D^r Abadie qui, à l'exemple de Jackson, Brown Sequard et Bénédict, fait intervenir, non plus une cause mécanique, mais une altération de nutrition, paraissant résulter d'une section des vaso-moteurs du nerf.

Cette théorie, bien que défendue avec talent, est encore plus hypothétique que les précédentes ; aussi ne nous y arrêtons-nous pas.

Le pronostic de la névrite tertiaire est au fond assez bénin. Son apparente gravité tient à ce que le plus souvent cette affection passe longtemps inaperçue et n'est soumise que tardivement à la médication. Prise dès le début, et traitée rationnellement, elle cède au contraire avec rapidité, et disparaît sans laisser de traces.

Le traitement de la névrite, ou pour parler plus exactement, de la névro-rétinite tertiaire, est un de ceux où l'efficacité des doses massives de *kali iodatum* soit le plus manifeste. Je l'ai bien rarement employé sans voir survenir un très prompt amendement de tous les symptômes, tant oculaires que cérébraux. Il ne faut pas oublier, en effet, que l'affection

locale, si grave qu'elle soit, n'a qu'une importance très secondaire en comparaison de la lésion génératrice. Dans l'une, la vision seule est compromise, dans l'autre c'est la vie qui est en jeu. Il importe donc d'instituer avant tout et aussi rapidement que possible un traitement anti-gommeux. Il en existe peut-être plusieurs; mais j'avoue que le médicament qui jusqu'ici m'a semblé mériter le plus de confiance est encore *kali iodatum*. On peut, du reste, et sans aucun inconvénient, lui adjoindre d'autres substances secondaires, destinées à combattre utilement certains symptômes spéciaux. C'est ainsi qu'*asa foetida* m'a, selon les indications d'Allen et Norton, rendu de grands services en faisant disparaître les exaspérations nocturnes chez quelques-uns de mes malades. A l'inverse de *aurum*, les douleurs semblent se manifester du fond de l'œil vers la surface; elles se trouvent améliorées par une forte pression.

Aurum, par contre, est indiqué lorsque la douleur siège au pourtour de l'orbite. Je l'emploie aussi temporairement chez les sujets anémiés que l'usage prolongé de *kali iodatum* fatigue.

ATROPHIE SPÉCIFIQUE TERTIAIRE.

Nous n'ajouterons que quelques mots à ce que nous avons dit déjà de cette altération nerveuse, dont l'apparition est presque toujours consécutive à la névro-rétinite gommeuse ou tertiaire. La persistance de la plupart des caractères ophtalmoscopiques de cette première période devient, ainsi que nous l'avons dit plus haut, un précieux élément de

diagnostic, et permet de reconstruire, d'une façon presque certaine, l'évolution complète des phénomènes qui se sont succédés depuis le début de l'affection.

Quant au pronostic, il est, on le comprend, des plus sérieux, l'atrophie papillaire, quelle qu'elle soit, constituant une altération cicatricielle au-dessus des ressources actuelles de la thérapeutique. Tout au plus peut-on espérer enrayer la dégénérescence à ses débuts et empêcher qu'elle ne continue ses progrès destructeurs.

Avant d'aborder le traitement de l'atrophie commençante, je crois utile de faire remarquer qu'il est quelques circonstances rares où ce processus est primitif et apparaît d'emblée sans avoir été précédé de névrite tertiaire. Dans ces cas, il revêt ordinairement l'aspect de l'atrophie essentielle, caractérisée par une blancheur éclatante et uniforme du disque papillaire dont la circonférence tranche nettement sur la rétine avoisinante. Les reliquats hémorragiques pigmentaires font le plus souvent défaut, ainsi que les plaques blanches atrophiques. Quant aux vaisseaux rétiniens, ils sont plus grêles qu'à l'état normal, mais ne présentent ni varicosités ni vermiculations cirsoïdes.

La pathogénie de cette forme spéciale d'altération nerveuse est aussi obscure que celle de la névro-rétinite tertiaire et, jusqu'à présent du moins, nous en sommes encore réduits à de simples hypothèses, lorsqu'il s'agit d'en expliquer l'évolution intime.

Je n'insisterai naturellement pas sur le traitement

de l'atrophie papillaire complète. Ainsi que je l'ai dit plus haut, nous sommes absolument impuissants à transformer une cicatrice en un tissu vivant.

Mais si la vision est peu altérée et que la période atrophique ne soit encore qu'à ses débuts, on se trouvera bien de prescrire *kali iodatum* dont on diminuera les doses jusqu'à ce que la dynamisation réponde à la chronicité matérielle de la lésion. En même temps on administrera *nux vomica* intus et extra, et l'on fera tous les deux jours une électrisation des globes oculaires au moyen des courants continus. Nous croyons, avec les D^{rs} Angell et Norton, que ce sont encore là les meilleurs moyens d'enrayer une atrophie arrivée à la période d'état.

PARALYSIES DES MUSCLES DE L'ŒIL CONSECUTIVES A DES GOMMES CÉRÉBRALES.

La paralysie d'un ou de plusieurs muscles de l'œil est, comme l'a très bien fait remarquer le D^r Buffum, une des plus fréquentes manifestations de la syphilis tertiaire. Cette affection résulte-t-elle toujours d'une gomme cérébrale? Certains auteurs sembleraient disposés à le penser; néanmoins il semble difficile d'admettre cette conclusion, que la clinique a depuis longtemps démontrée être trop absolue, et je crois, pour ma part, qu'il est plus exact de dire que si dans la majorité des cas l'akinésie musculaire relève manifestement d'un néoplasme intra-crânien de nature gommeuse, quelquefois aussi elle résulte d'un névrome spécifique localisé sur l'extrémité intra-orbitaire du nerf affecté (Buffum) ou plus pro-

fondément, soit d'une carie, d'une ostéite, ou d'une périostose exerçant en un point quelconque du nerf une compression mécanique.

Compression mécanique, telle est en effet en dernier ressort l'unique et véritable cause de la paralysie musculaire.

Tous les muscles moteurs de l'œil peuvent être indistinctement affectés, car il n'est pas un seul point de la base du crâne où une gomme cérébrale ne puisse évoluer. Si la tumeur est minuscule, elle pourra n'intéresser qu'un seul nerf, mais il arrive bien plus fréquemment que plusieurs troncs soient englobés dans le même processus, ce qui tient, entre autres causes, à l'agglomération, sur un très petit espace, des nerfs pathétique, oculo-moteur commun et moteur oculaire externe. Dans ce dernier cas, qui suppose nécessairement un néoplasme assez étendu, il n'est pas rare d'observer comme syndrome initial un ensemble de troubles généraux indiquant une compression cérébrale.

Les symptômes propres à la paralysie musculaire en elle-même sont : 1° la diplopie binoculaire, 2° la diminution de mobilité du globe, 3° la difficulté de l'orientation, 4° enfin l'inclinaison anormale de la tête destinée à compenser les mouvements abolis.

Tous ces signes sont constants, mais ils ne sont pas également manifestes. Nous allons les passer successivement en revue.

1° *Diplopie binoculaire.*

Ce symptôme est de beaucoup le plus sûr et par suite le plus important ; il consiste en ce que les ma

lades voient une *image double* lorsqu'ils fixent un objet *en ouvrant les deux yeux*. La raison en est simple. Pour avoir une sensation unique, il est indispensable que les rayons émanés de l'objet viennent frapper la rétine en deux points homologues ; or, lorsqu'un muscle moteur se trouve paralysé, l'œil malade ne pouvant se mouvoir de façon à ce que la ligne visuelle passe par la macula, l'image viendra tomber en un point excentrique de la rétine, d'où sensation, différente comme localisation, de celle que fournit la macula de l'œil sain.

Dans la paralysie complète la diplopie est tellement nette que les malades en accusent spontanément la présence ; mais au début et lorsque la compression n'a encore que faiblement altéré l'activité fonctionnelle du nerf, il peut se faire que l'écartement des images soit assez minime pour que l'unique sensation perçue soit une vision confuse. Dans ce cas, et pour peu que l'on ait des doutes, il importe de procéder à la recherche régulière de la diplopie au moyen des verres colorés.

Voici comment se pratique cet examen spécial : le malade étant introduit dans une chambre noire, on place devant ses yeux un binocle dont un des verres est blanc et l'autre rouge ou mieux vert ; cela fait, on l'invite à fixer *avec les deux yeux* la flamme d'une bougie que l'on tient à la distance de 5 à 6 mètres et que l'on promène successivement dans toute l'étendue de son champ visuel. Si le trouble accusé dépend de toute autre cause que d'une paralysie musculaire, le malade ne verra toujours qu'une

seule flamme, *quelle que soit la position qu'occupe la lumière*. Mais s'il y a paralysie, ou même parésie, il arrivera forcément un moment où la diplopie apparaîtra. Le malade verra aussitôt deux flammes, l'une blanche, et l'autre verte.

Ce premier résultat obtenu, l'on pourra, sans craindre de se tromper, porter le diagnostic de paralysie musculaire ; mais cette conclusion ne suffit pas, et pour que la médication puisse s'exercer utilement, il importe de reconnaître quel est le muscle atteint et quel est son degré exact d'akinésie fonctionnelle.

Cette recherche est délicate et de plus souvent fort longue ; aussi me suis-je appliqué, pour la simplifier, à condenser en quelques formules les diverses lois qui régissent les paralysies des muscles de l'œil.

1^{re} LOI.— 1^o *Les trois muscles dont l'insertion est la plus externe, Grand oblique, Droit externe et Petit oblique sont abducteurs du méridien vertical de l'œil et leur paralysie détermine une diplopie homonyme.*

2^o *Les trois muscles dont l'insertion est la plus interne, Droit supérieur, Droit interne, Droit inférieur, sont adducteurs du méridien vertical de l'œil et leur paralysie détermine une diplopie croisée.*

2^e LOI.— 1^o *Le Droit interne et le Droit externe faisant mouvoir l'œil suivant une ligne horizontale donnent lieu à une diplopie horizontale.*

2^o *Le Droit supérieur et le petit oblique faisant*

mouvoir l'œil de bas en haut donnent lieu à une diplopie de bas en haut.

3° Le Droit inférieur et le Grand oblique faisant mouvoir l'œil de haut en bas donnent lieu à une diplopie de haut en bas.

3° Loi. — La diplopie augmente à mesure que l'on s'écarte dans le sens de traction du muscle.

4° Loi. — La coloration de la flamme la plus excentrique rapprochée de celle du verre homologue donne l'œil atteint.

A l'aide de ces courtes formules, et quelle que soit le nombre ou le degré des paralysies musculaires, une minute à peine suffira presque toujours pour porter un diagnostic exact et complet de l'affection.

La distance comprise entre le point où les images se fusionnent et celui où l'écartement est maximum donne le terme moyen de l'akinésie fonctionnelle. Peu considérable au début, il croît avec les progrès de la lésion et diminue ensuite proportionnellement à l'amélioration obtenue. Nous aurons donc là un critérium assuré de la plus ou moins grande efficacité des médications auxquelles nous aurons cru devoir recourir.

2° Diminution de motilité du globe.

Ce deuxième symptôme des paralysies musculaires de l'œil est très rarement apprécié par les malades et ne l'est par le médecin qu'autant que la paralysie est bien franche et nettement accusée. En effet, lorsqu'il n'existe encore qu'une parésie légère, on

obtient des résultats si insignifiants que la comparaison entre l'œil sain et l'œil malade devient pour ainsi dire impossible.

Le procédé le plus simple est celui qui consiste à faire fixer un objet rapproché que l'on fait mouvoir devant l'œil suivant le sens de traction des divers muscles. Par ce moyen, on peut quelquefois arriver à porter le diagnostic de paralysie musculaire ; mais il est bon de le vérifier à l'aide des verres colorés.

3° *Difficulté de l'orientation.*

L'effort nécessaire pour que la ligne visuelle de l'œil malade arrive à l'objet fixé étant plus considérable que si le muscle était sain, il semble que le globe oculaire se déplace davantage, et par suite que l'objet soit situé plus loin. Il se passe là un phénomène subjectif de *fausse projection* dont le résultat immédiat est une incertitude plus ou moins grande dans la démarche et les mouvements de préhension.

Inutile d'ajouter que toute trace de vertige disparaît aussitôt que le malade ferme un œil. Cette particularité permettra de différencier ce trouble oculaire du *vertige cérébral*.

4° *Rotation et inclinaison de la tête.*

De même que le défaut de motilité du globe, ce symptôme ne commence guère à devenir apparent que lorsque la paralysie est franchement accusée. C'est un artifice instinctif à l'aide duquel les malades suppléent à l'insuffisance des mouvements oculaires dont le trouble amène à la longue des douleurs et de

la fatigue. Ces positions spéciales sont tellement caractéristiques qu'il m'est fréquemment arrivé de diagnostiquer une paralysie musculaire par la seule inclinaison du visage. En général, le malade porte la tête du côté du muscle paralysé.

Ces déviations passagères peuvent devenir permanentes à la suite de contractions toniques des muscles cervicaux ; il importe donc de ne pas les laisser s'éterniser et d'enrayer au plus tôt l'affection qui leur a donné naissance.

Nous avons dit, en commençant, que la paralysie pouvait indistinctement atteindre tous les muscles de l'œil. Voici quel est l'ordre de fréquence, — et souvent aussi de précocité, — de ces diverses affections.

1° *Paralysie du moteur oculaire commun*, soit *partielle*, soit plus fréquemment *générale*. Dans ce dernier cas, le syndrome observé consiste 1° dans une chute de la paupière supérieure, ou ptosis, par inertie du releveur palpébral ; 2° dans un strabisme en dehors avec impossibilité d'effectuer des mouvements en dedans. (P. du Droit interne). — 3° Impossibilité de diriger l'œil en haut. (P. du Droit supérieur et du petit oblique). 4° Quant aux mouvements du globe en bas, ils sont fortement entravés, mais non complètement abolis, le grand oblique remplaçant, bien que dans une faible mesure, le Droit inférieur paralysé ; 5° enfin, mydriase et paralysie de l'accommodation.

Nous ne nous appesantirons pas sur chacun de ces symptômes dont la réunion devient assez

pathognomonique pour ne permettre aucune méprise.

2° Lorsque la paralysie est partielle, c'est ordinairement le Droit interne qui est affecté. Les symptômes sont : 1° un strabisme plus ou moins accusé en dehors et par suite une difficulté proportionnelle de diriger l'œil en dedans. Diplopie croisée, latérale, dans le sens horizontal.

3° Vient ensuite la paralysie du releveur de la paupière supérieure, d'où ptosis, fréquemment accompagné de mydriase et de parésie de l'accommodation. Ajoutons que cette lésion partielle n'est souvent que la première étape d'une paralysie qui, plus tard, se généralise à l'ensemble des branches du moteur oculaire commun.

4° La paralysie du moteur oculaire externe, nerf spécial au Droit externe, est caractérisée par une diplopie homonyme horizontale.

5° Vient ensuite la paralysie du Droit supérieur présentant une diplopie croisée avec écartement progressif des images à mesure qu'on s'éloigne de bas en haut.

6° et 7° Quant aux paralysies du Droit inférieur et du petit oblique, elles sont très rares. Dans la première, la diplopie est croisée avec écartement progressif des images de haut en bas ; dans la seconde, on constate une diplopie verticale homonyme.

Abordons maintenant le traitement des paralysies musculaires consécutives à des gommes cérébrales. Au début, il est exclusivement médical, et dans l'immense majorité des cas, on est en droit d'en attendre

une guérison complète, à la condition toutefois que l'on ait pris soin de préciser autant que possible la date de l'affection et que l'on ait varié sa posologie en conséquence. J'ai remarqué, en effet, que les doses massives, si héroïques au début des accidents tertiaires, deviennent d'une inefficacité remarquable aussitôt que l'on s'éloigne de ce moment précis. Il faut donc proportionner les dilutions à la lenteur d'apparition des phénomènes oculaires. Là est le secret, souvent inconscient, de bien des cures réputées miraculeuses et d'échecs que rien au premier abord ne semblait justifier.

Des paralysies musculaires que nous avons tout à l'heure passées en revue, les unes sont fort précoces, d'autres sont très tardives. Aucune règle, d'ailleurs, ne semble jusqu'à présent devoir fixer leur apparition ; aussi faudra-t-il, le plus souvent, recourir aux antécédents et commémoratifs pour savoir quelle médication employer tout d'abord.

Pour la paralysie des muscles de l'œil, en général, R. Hughes recommande *causticum*, *rhus* et *gelseminum*, ce dernier médicament étant surtout efficace dans les akinésies fonctionnelles de la sixième paire. Cet auteur préconise également *kali iodatum*, mais « à doses massives ». Nous croyons, ainsi que nous l'avons dit plus haut, qu'il importe en pareil cas de faire des réserves.

Les D^r Allen et Norton emploient aussi *kali iodatum* « à des doses pondérables », ainsi que *cuprum* dont ils ont, en plusieurs circonstances, obtenu de réels avantages dans les paralysies de nature spéci-

fique. Comme adjuvant externe, ils recommandent l'usage de verres prismatiques et l'électrisation par les courants continus du muscle paralysé.

Nous trouvons ensuite une indication — que nous estimons très juste — dans le Dr Jousset, dont le traitement des gommés cérébrales « se confond avec celui de la forme commune arrivée à la 3^e période ».

C'est en effet *kali iodatum* qui ici encore est le médicament sinon unique, du moins primordial. C'est par lui que je conseille de commencer *en toutes circonstances*, et si l'effet ne répond pas aux espérances conçues, il faut, au lieu de l'abandonner, expérimenter d'autres doses que celles auxquelles on a eu recours tout d'abord. En agissant ainsi, l'on arrivera le plus souvent à se convaincre qu'il répond à peu près à toutes les exigences de ce domaine pathologique.

Les limites d'action de *kali iodatum* sont d'ailleurs fort étendues et varient de 1 à 2 grammes par jour jusqu'à la 30^e dilution, atténuation qu'il m'a jusqu'à présent paru inutile de dépasser.

Dans les très rares cas où *kali iodatum* est resté inefficace, je me suis bien trouvé d'employer *aurum* 30^e. *Stramonium* 6^e ou 3^e a aussi manifestement accéléré l'amélioration, un instant stationnaire à la suite de *kali iodatum*, d'une paralysie de la 3^e paire.

Aux périodes avancées de la maladie, et lorsque l'évolution latente des phénomènes oculaires a rendu l'intervention médicale trop tardive, j'administre concurremment *nux vomica* à doses fortes. Dans un ou deux cas urgents, j'ai même employé des frictions

quotidiennes autour de l'orbite avec un liniment contenant *nux vomica* 1^{re} trituration decim. 1 gramme pour 10 grammes de vaseline pure, et j'ai cru remarquer qu'à la suite de cette pratique, l'amélioration interrompue s'accroissait d'une façon très sensible.

Quelle que soit l'époque d'apparition d'une paralysie oculaire, j'emploie aussi toujours et systématiquement l'électrisation du nerf malade au moyen des courants continus. On peut, j'en suis persuadé, arriver assez souvent à la guérison par la seule médication interne, mais jamais, en tout cas, aussi sûrement ni aussi rapidement que lorsqu'on fait usage des courants continus.

Comme pour l'atrophie du nerf optique, les séances ont lieu de deux en deux jours et leur durée moyenne est de 5 à 8 minutes. Le pôle positif est appliqué derrière l'oreille ou sur la tempe et le pôle négatif promené sur la région la plus voisine du muscle paralysé. L'intensité du courant, — il ne faut pas l'oublier, — doit toujours être supportable, sans quoi l'on s'expose à produire des désordres analogues à ceux que l'on se propose d'enrayer.

A la fin du traitement, et alors qu'il ne reste plus qu'un léger écartement des images, on se trouvera bien de faire faire chaque jour quelques séances de *gymnastique oculaire*. C'est aussi à ce moment que les *prismes* pourront rendre de signalés services, en diminuant les efforts que le malade est obligé de faire pour arriver à la convergence de ses lignes visuelles sur les objets qu'il fixe. Plus tôt, ils sont plus nuisibles qu'utiles par la gêne et la fatigue qu'entraîne leur

poids, forcément plus considérable. Pour la même raison, il vaudra mieux répartir la correction sur les deux yeux, plutôt que d'employer un seul prisme au devant de l'œil atteint.

Traitement chirurgical.

Lorsque la paralysie de l'œil est abandonnée à elle-même, elle ne tarde pas à devenir permanente par suite de la rétraction de l'antagoniste dont l'activité fonctionnelle est seule en jeu et n'a plus de contre-poids. On a dès lors affaire, non plus à un strabisme *paralytique*, mais à un strabisme *vrai*, effectif, dont la cure est rarement possible par la seule médication interne, et qui, le plus souvent, nécessite un traitement chirurgical.

Nous croyons toutefois, à l'exemple de la plupart des ophthalmologistes modernes, qu'il ne faut pas s'y décider à la légère et que l'on ne doit avoir recours à une opération que lorsqu'on a inutilement épuisé tous les agents susceptibles de ramener la vitalité dans le nerf paralysé. Voici du reste comment s'exprime à ce sujet le Dr Abadie, dans son traité pratique des maladies des yeux : « Le traitement chirurgical de la paralysie d'un muscle de l'œil n'est justifié que lorsqu'il s'est développé un véritable strabisme à la suite d'une rétraction du muscle antagoniste. Dans ce cas même, il est indispensable que le muscle paralysé ait récupéré au moins en partie sa motilité, car la correction de la position vicieuse est uniquement due à la retraction de l'antagoniste du muscle détaché, de sorte que quand cet antagoniste n'a plus aucune force, l'opération est tout à fait inutile ».

Je ne suis pas absolument de ce dernier avis. En une circonstance toute semblable, où le malade atteint de strabisme interne véritable se trouvait excessivement gêné, je me suis, sur ses instances, décidé à pratiquer la ténotomie du muscle contracturé. Il en résulta, il est vrai, une immobilité du globe oculaire dans le sens horizontal, mais *dans la position normale du regard* et les yeux étant dirigés *en avant*, *la diplopie disparut complètement*. Pour la vision de près, je prescrivis un double prisme à base interne à l'aide duquel la lecture devint relativement facile.

Je tiens toutefois à le répéter, cette opération est une ressource extrême et l'on ne doit y avoir recours que lorsqu'il est bien avéré que toute chance de guérison a disparu. Deux cas particulièrement curieux, rapportés par le D^r Abadie, prouvent que dans ces cas, qui paraissent désespérés, la temporisation est non seulement permise, mais commandée, puisque après six mois dans l'un et huit mois dans l'autre, il vit spontanément revenir l'activité nerveuse.

Nous n'insisterons pas sur le manuel opératoire des ténotomies musculaires de l'œil, manuel opératoire qui varie pour ainsi dire à chaque cas et qui nécessite des modifications spéciales à chaque paralysie. Bornons-nous à dire que l'effet de la section de l'antagoniste contracturé doit toujours être en raison inverse de la motilité du muscle parétique.

Je conseille en outre d'opérer le malade sans chloroforme, afin de pouvoir, séance tenante, augmenter ou diminuer la correction obtenue, jusqu'à ce que toute diplopie binoculaire ait cessé. Dans les cas,

malheureusement encore assez nombreux; où le débriement de la région sous-conjonctivale est insuffisant, et où tout espoir de guérison par les prismes est perdu, l'on sera autorisé à pratiquer l'avancement du muscle paralysé. Nous préférons cette manière d'agir à celle qui consiste à répartir la correction sur les deux yeux. Autant que faire se pourra, l'on devra toujours éviter de toucher à l'œil sain.

D^r D. PARENTEAU.

CLINIQUE MÉDICALE

CONTAGION OU INFECTION.

L'année 1882 a été particulièrement humide et froide. Je n'ai pas encore achevé l'étude que j'ai entreprise sur le développement des maladies épidémiques et sur la mortalité qu'elles ont entraînée dans son cours. C'est surtout à partir du mois d'août que j'ai eu les préoccupations cliniques les plus nombreuses et les plus graves. Après une absence de six semaines, j'ai trouvé, en rentrant, tout le monde sous le coup d'une terreur folle au sujet de la fièvre typhoïde, dont l'épidémie était à peine au début.

Je me propose de traiter *in extenso* la question de la fièvre typhoïde à propos de la discussion, qui s'est si longtemps prolongée à l'Académie de Méde-

cine et qui est à peine terminée. Je me contenterai aujourd'hui de présenter quelques considérations générales, à propos des trois cas que j'ai eus à traiter du 14 août au 7 octobre 1882.

Pour plus de clarté, je résume brièvement ces trois cas.

OBSERVATION I. — Aline E..., petite fille de 12 ans, ayant été très fatiguée par sa préparation à la première communion et par ses études, très émue de ses succès à la distribution des prix ; elle tombe malade le 1^{er} août. Elle habite chez ses parents, à Montmartre, un petit appartement bien exposé au midi sur la rue, au nord sur la cour. J'estime à 48 mètres superficiels l'espace partagé en six compartiments ; les deux plus grands, salle à manger et chambre à coucher sur la rue ; un tout petit couloir séparant la salle à manger d'une toute petite cuisine ; enfin, deux toutes petites chambres à coucher, occupées par quatre enfants, tandis que la plus grande est occupée par le père et la mère. On installe la petite malade dans le grand lit des parents. M. le Dr Partenay, appelé dès le début, administre *baptisia* à la 3^{me} dil. Vers le 11 août, la diarrhée persistant, et l'enfant étant prise d'un peu de bronchite, *baptisia* est remplacée par *bryonia* T.M., vingt-quatre gouttes dans huit cuillerées à soupe d'eau pure, et *ipeca* 3/100, cinq décigrammes dans 120 grammes eau ; une cuillerée à soupe alternativement d'heure en heure. La maladie a suivi un cours régulier, sans s'écarter de la forme bénigne ; dès le 14 août, quator-

zième jour de la maladie, la diarrhée avait cessé. Le troisième septenaire ne fut marqué que par un peu de météorisme de l'abdomen, et, dans les derniers jours, par quelques rêvasseries la nuit, quelques hallucinations, un peu de stupeur, de la douleur de tête. Dès le 21^{me} jour, tous ces symptômes, à l'exception de la céphalalgie, disparaissaient avec la fièvre, et le 25^{me} jour, je faisais commencer l'alimentation réparatrice. Néanmoins le mal de tête a persisté, principalement au sommet, malgré un séjour prolongé à la campagne. Ce n'est guère que vers le milieu de février que la céphalalgie a cédé ; puis, au commencement de mars 1833, elle a reparu. A ce moment j'ai fait prendre à l'enfant la *santonine* pendant six jours et une dose de *calomel* le septième jour. Elle n'a pas rendu de vers ; mais, malgré cela, le mal de tête a complètement disparu et la santé s'est maintenue excellente depuis.

OBSERVATION II. — Monsieur H..., âgé de cinquante-cinq ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, quoique fatigué par des migraines habituelles et périodiques, fut pris, à la suite de graves préoccupations, de malaises gastro-intestinaux et nerveux, pendant plus de trois mois. Les fonctions digestives étaient moins satisfaisantes, moins régulières ; il y avait tantôt de l'inappétence, tantôt de l'appétit ; des garde-robes tantôt difficiles, tantôt relâchées, tantôt irrégulières tantôt convenables. Mais ce qu'on remarquait chez M. H... ordinairement très calme, c'était une certaine excitation cérébrale, un changement mar-

qué dans ses habitudes, une extrême impressionnabilité et surtout une grande préoccupation au sujet de sa santé. M. H... n'en continuait pas moins à vaquer à ses occupations. Dans les premiers jours d'août, ses malaises s'accrochèrent. Il était à la campagne, dans les environs de Versailles. A la suite d'un purgatif, il fut pris d'une diarrhée beaucoup plus persistante; il commença à s'inquiéter, et il vint voir mon confrère, le D^r Partenay, le 8 août. M. le D^r Partenay, n'ayant aucun doute sur le diagnostic, engagea M. H... à rentrer chez lui à Paris, à se mettre au lit et à ajourner le retour à la campagne jusqu'à complète guérison. Il prescrivit *baptisia*, 3^{me} dil. au 100°. Le 11 août, je vis le malade; le gargouillement de la fosse iliaque droite, l'état de la langue, l'aspect de la physionomie, le mouvement fébrile, quoique très modéré, confirmaient le diagnostic porté par le D^r Partenay. La diarrhée, très modérée, n'ayant pas cédé vers le 4^{me} jour, je remplaçai *baptisia* par le *mercurius corrosivus*, 1^{re} dil., au 100°. La diarrhée diminua promptement, mais du douzième au 14^{me} jour, le médicament ayant été suspendu en mon absence, la diarrhée reparut; la faiblesse s'accrocha; le malade qui, jusqu'alors, s'était levé tous les jours un peu, ne demandait plus à quitter son lit; ses nuits étaient mauvaises, agitées; la langue plus sèche; la répugnance pour le bouillon et pour le lait plus prononcée. *Mercurius corrosivus* fut prescrit de nouveau. Puis, des oscillations thermométriques d'un degré et demi à deux degrés du soir au matin, s'étant accusés assez régulièrement, j'ad-

ministrai le *bromhydrate de quinine*. Le 21^e jour la fièvre persistait encore ; il restait encore un peu de diarrhée ; le malade se plaignait de douleurs dans la jambe gauche, en un point, à la partie antérieure du tibia, où l'on ne constatait aucun gonflement, aucune rougeur, mais seulement un peu de sensibilité à la pression. J'administrai alors le *phosphorus* 4°. L'appétit ne reparut guère que le 6 septembre. Mais, tout en se nourrissant très convenablement, le malade ne recouvrait pas le sommeil. Des envies fréquentes d'uriner, chaque émission ne donnant qu'une quantité très minime d'urine avec sensation de brûlure au passage, douleurs assez vives au périnée, nécessitaient, pendant une huitaine de jour, l'emploi de *cantharis*. La cystite du col guérie, des douleurs de reins survinrent. L'analyse de l'urine décéla la présence d'une certaine quantité d'albumine. Sous l'influence de la *fuchsine* à la 2^e trit. au 100°, puis de la *terebinina* à la même dose, toute trace d'albumine disparut. A partir de ce moment, fin septembre, l'appétit et les forces revinrent rapidement. Mais le malade ne sortait guère qu'en voiture. En marchant et, la nuit, au lit, il souffrait d'une douleur, que j'ai déjà signalée, en un point de la face externe du tibia gauche. Je prescrivis nécessairement *argentum*, 3^e trit. au 100°, puis *phosphorus* 4°, chacun pendant une huitaine de jour. A un moment, cette douleur parut céder. Le malade partit pour Arcachon. A l'arrivée, le point douloureux s'était enflammé. D'Arcachon le malade passa à Biarritz, où la douleur fit de nouveaux progrès ; en même temps se dé-

veloppait une petite tuméfaction rouge assez nettement circonscrite. A Biarritz comme à Arcachon, les médecins consultés diagnostiquaient une ostéite, et prescrivirent les cataplasmes et l'onguent mercuriel. M. H... repartit brusquement pour Paris. A son arrivée, le D^r Partenay et moi, nous pensâmes que la suppuration était imminente. Un chirurgien des hôpitaux ayant été appelé, nous fit espérer que l'onguent mercuriel à l'extérieur et l'iodure de potassium à l'intérieur, amèneraient une résolution. Après quinze jours de ce traitement la fluctuation paraissant évidente, mais très limitée et très profonde, le chirurgien se décide à faire une ponction exploratrice. Pas de pus ; nouvelle prescription d'iodure et d'onguent. Entre temps d'autres tuméfactions plus ou moins douloureuses s'étaient développées, à la partie extérieure du tibia gauche, sur la partie moyenne du tibia droit, en deux points sur le radius gauche. Les diverses manifestations de l'ostéite restant stationnaires, M. H... consulte un autre chirurgien des hôpitaux. Celui-ci conseille l'expectation, affirme qu'il n'y a de pus nulle part et permet à M. H... de partir pour le Midi. M. H... suit ce conseil et, après 4 semaines de voyage, il rentre à Paris avec les petites tuméfactions dont il était porteur au départ, plus quelques tuméfactions du même genre sur le frontal et sur le cubitus droit. Les points ainsi enflammés n'étaient point douloureux, n'entretenaient aucun mouvement fébrile, ne troublaient en rien le retour à la santé générale qui ne laisse maintenant plus rien à désirer.

En résumé, une fièvre typhoïde des plus bénignes, est suivie d'une convalescence compliquée successivement de cystite, d'albuminurie et d'ostéites multiples. Ces ostéites offrent ce caractère particulier de ne point passer à la suppuration, tout en opposant une résistance telle à la résolution que, très probablement, celle-ci ne sera jamais complète. Le Dr Lindey, dans un article du mois d'août 1882, publié par le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, a relaté des cas d'ostéite du même genre, consécutifs à la fièvre typhoïde. M. H... habite à Paris un très bel appartement, très aéré, au 3^e étage d'une rue bien percée du faubourg St-Honoré, avec une très belle exposition à l'ouest. Il a été soigné par sa sœur qui ne l'a pas quitté un seul instant pendant toute sa maladie, et qui a passé trente nuits à le veiller.

OBSERVATION III. — Léonide O..., jeune fille de 21 ans, grande, élancée, a toujours eu les intestins délicats et cette délicatesse se traduit par une diarrhée, peu abondante, il est vrai, mais habituelle. Léonide O... habite avec sa mère, son grand-père et sa sœur, un petit appartement dans une grande rue transversale au faubourg St-Honoré, avec une très belle exposition au midi. Elle travaille assidûment aux modes sous la direction de sa mère. Au mois de juin 1882, elle a eu, sans cause appréciable, un ictère simple qui n'a présenté aucune gravité. A la suite de cette maladie, elle est allée passer quelques semaines à la campagne, dans les environs d'Etampes, d'où elle est revenue bien portante. Le 13 septembre 1882, quel-

ques jours après une journée passée à St-Cloud, en plein air, elle dut s'aliter. A ma première visite, le 13 septembre, je constatai l'existence d'une fièvre typhoïde. Celle-ci ne fut ni entravée, ni modifiée dans sa marche par l'administration de *baptisia* pendant tout le premier septenaire. Je dus renoncer à *baptisia* et combattre la diarrhée par le *sublimé corrosif* pendant le second septenaire et le *phosphori acid.* pendant le troisième. La convalescence fut très franche, accusée dès le 22^e jour, et l'alimentation solide fut possible dès le 25^e jour.

Je n'ai pas rapporté ces trois cas dans l'unique but de faire ressortir l'efficacité habituelle du traitement homœopathique dans la fièvre typhoïde. Ils sont peu propres, en effet, à cette démonstration. Ils ont été en réalité bénins. Ils se sont présentés à mon observation dans la première période de l'épidémie de 1882, bien longtemps avant que celle-ci eût atteint la gravité qui a été signalée plus tard. Je ferai remarquer seulement que je n'ai pas eu à me louer de l'administration de *baptisia* pendant le premier septenaire ; tandis que le *sublimé corrosif*, administré dès le début, a presque toujours, dans les observations que j'ai publiées antérieurement, fait cesser la diarrhée dès le milieu du second septenaire le plus souvent.

Je n'ai pas voulu davantage répondre à l'insinuation prêtée par la *France médicale* à M. le Dr Dujardin-Beaumetz proclamant, devant l'académie de Médecine, que les homœopathes avaient beau jeu de compter leurs succès dans une épidémie aussi bé-

nigne (le texte officiel ne contenant pas trace de cette insinuation à l'adresse de l'homœopathie). Pour cette seconde période où la mortalité par fièvre typhoïde, dans les hôpitaux et dans la ville, s'est beaucoup accrue, les résultats remarquables obtenus par mon excellent ami, le D^r Jousset, dans son service à l'Hôpital St-Jacques suffisaient pour répondre à la critique la plus sévère et imposer silence.

Ces trois faits m'ont paru singulièrement propres à montrer combien est vaine la terreur de la contagion qui s'est emparée des meilleurs esprits parmi les médecins, et qui, à leur suite, a envahi la foule. Dans l'observation 1^{re}, les conditions hygiéniques étaient des plus défavorables, le cube d'air insuffisant, une famille nombreuse entassée dans un espace excessivement restreint ; seule, la mère avait eu la fièvre typhoïde pendant la guerre ; ni le père, ni aucun des autres enfants, ne l'avaient eue ; aucun ne l'a contractée.

Les conditions hygiéniques étaient aussi bonnes qu'on pouvait le souhaiter chez M. H..., sujet de l'observation 2^e ; mais sa sœur n'avait pas eu la fièvre typhoïde ; elle ne l'a pas contractée, malgré trente nuits de veilles passées au chevet du malade, malgré une fatigue d'autant plus dangereuse que sa santé, à elle-même, est plus délicate, malgré la respiration constante de l'air vicié, pendant plus de quarante jours !

L'appartement occupé par la jeune malade de l'observation III offrait des conditions hygiéniques beaucoup plus défavorables encore que celles de

l'appartement occupé par la petite malade de l'observation 1^{re}. Il se composait d'une petite antichambre obscure, d'une salle à manger sombre donnant sur une cour infecte, d'un tout petit salon donnant sur la rue et encombré d'objets de modes comme un magasin ; d'un petit cabinet où était couchée la malade et qui, en temps ordinaire, servait en commun à elle et à sa sœur plus jeune ; ce cabinet, bien éclairé, donnait sur la rue ; au fond était un autre petit cabinet noir où couchait la mère ; puis venait la cuisine, obscure en plein jour, prenant l'air sur une petite cour de service, un vrai puisard ; le soir, la salle à manger était transformée en chambre à coucher pour le grand-père octogénaire. Le tout ne couvre pas une superficie de plus de quarante mètres carrés ; le plafond n'étant pas à plus de trois mètres du sol, la malade et sa mère, qui la veillait la nuit, qui ne la quittait pas de la journée, se trouvaient confinées dans un volume d'air mal renouvelé, n'atteignant pas 40 mètres cubes. Eh bien ! dans de telles conditions, si éminemment propres à développer l'infection, à favoriser la prétendue contagion, ni la mère, ni la jeune sœur, qui n'avaient eu la fièvre typhoïde, ne l'ont contractée.

Je ne m'étendrai pas sur ce sujet, sur la distinction entre la contagion et l'infection, me proposant de combattre, dans la mesure de mes forces, les erreurs chaque jour plus répandues, qui résultent de la confusion entre ces deux termes.

Du reste, trois cas de diphtérie, observés dans les mois de septembre et d'octobre 1882, me paraissent

corroborer mon opinion, à savoir, que la diphtérie, comme la fièvre typhoïde, est une maladie infectieuse, non contagieuse.

D^r CRETIN.

(A suivre).

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

SERVICE de M. le D^r JOUSSET.

(Suite).

Le 6 janvier, 19^e jour. — Temp. m. 38.1 et s. 40°. La malade ne tousse pas davantage. Les nuits sont plus calmes et la céphalalgie beaucoup moins vive. *Arsenic. album*, 3^e trit., seul.

Le 8 janvier, 21^e jour. — Temp. m. 38.1 et s. 39.2. La malade a reposé un peu dans la nuit, elle se trouve mieux. Diarrhée toujours modérée. Même traitement.

Le 9 janvier, 22^e jour. — Temp. m. 37.2 et s. 39.4. Les nuits sont toujours plus calmes. Il n'y a plus de céphalalgie, et la toux diminue. Même traitement.

Le 11 janvier, 24^e jour. — Temp. m. 36.8 et s. 38.4. La malade a eu quelques frissons dans l'après-midi du 10. *China*, 1^{re} trit., à cause du mouvement fébrile intermittent.

Le 13 janvier, 26^e jour. — Temp. m. 36.9. et s. 38.3. La fièvre persiste toujours le soir, mais par ailleurs, le mieux s'accentue. La langue est humide, assez belle ; toutefois l'appétit ne revient pas, la diarrhée diminue chaque jour, mais la bronchite persiste. *Bryon.* 3, et *ipeca* 3.

Le 15 janvier, 28^e jour. — Il n'y a pas eu de diarrhée hier ni cette nuit ; la langue est très belle ; toujours un peu de toux. Temp. s. 38.6. Même traitement.

Le 16 janvier, 29^e jour. — Une selle non en diarrhée. Même traitement.

Le 17 janvier, 30^e jour. — Bien ; ne tousse plus, l'appétit revient : depuis plusieurs jours on autorisait les potages à la malade. Pas de fièvre le matin ; la température du soir ne dépasse plus 38. *China*, 3^e trit.

Le 23 janvier, 36^e jour, 1^{er} de la rechute. La malade, qui allait bien et qui avait commencé à se lever le 21, se plaint de la tête : elle est plus agitée depuis quelques soirs, le sommeil est mauvais, l'appétit moindre : *nux vomica*, 3.

Le 24 janvier, 37^e jour, 2^e de la rechute. — Temp. s. 38.6. — A mieux dormi la nuit précédente. Même traitement.

Le 25 janvier, 38^e jour, 3^e de la rechute. — Temp. s. 38.7. L'appétit est presque nul. Même traitement.

Le 26 janvier, 39^e jour, 4^e de la rechute. — Temp. s. 38.9. Quelques frissons hier vers 3 h. de l'après-midi. *Sulfate de quinine*, 0,50.

Le 27 janvier, 40^e jour, 5^e de la rechute. — Temp. s. 39.7. Même traitement, ainsi que le 28 janvier. Diète. Temp. s. 40.1.

Le 29 janvier, 42^e jour, 7^e de la rechute. — Temp. s. 39.7 et m. 39. Le ventre est redevenu douloureux. Il n'y a pas de diarrhée, mais au contraire de la cons-

tipation. Pas de nouvelles taches. *Aconit*, teinture mère, 20 gouttes.

Le 30 janvier, 41^e jour, 8^e de la rechute. Temp. m. 37.8, et s. 39.9. La malade a mieux reposé cette nuit. Pas de sueurs au matin. Toujours constipation : lavements. Même traitement.

Le 31 janvier, 42^e jour, 9^e de la rechute. — Pas de sommeil. Les frissons ont repris hier. Céphalalgie assez vive avec douleur à la région épigastrique, *sulfate de quinine*, 0,60, à cause des grandes oscillations. Temp. s. 40° et m. 38°.

Le 1^{er} février, 43^e jour, 10^e de la rechute. — Chute de la température, le matin, à 37. L'estomac va mieux ; la nuit a été un peu plus calme. Même traitement.

Le 2 février, 44^e jour, 11^e de la rechute. Temp. m. 37.5 et s. 38.4. Menace de syncope ce matin. Une selle abondante et diarrhée *noirâtre*. Pouls un peu dur plutôt que petit. (Hémorrhagie intestinale.) *Ipeca*, 1^{re} décim.

Le 4 février, 46^e jour, 12^e de la rechute. — Temp. m. 37.1 et s. 39.5. Il n'y a pas eu de nouvelles selles. Le ventre est moins douloureux, et la malade a bien dormi cette nuit. Même traitement.

Le 5 février, 47^e jour, 13^e de la rechute. Pas de fièvre du tout le matin. La malade se trouve beaucoup mieux ; mais la langue est toujours un peu sale, et la température du soir atteint encore 38.9. *Nux vomica*, 12.

Le 7 février, 49^e jour, 15^e de la rechute. — Temp. s. 37.8. Les nuits sont toujours meilleures. La malade est remise aux potages. Même traitement.

Le 9 février, 51^e jour, 17^e de la rechute. — Plus de fièvre du tout. La malade est toujours aux potages. Même traitement.

La malade, qui se rétablissait peu à peu, avait repris à manger et songeait même à se lever, se voit menacée le 15 février d'une nouvelle complication du côté de la gorge. Fièvre assez vive pendant 3 jours, rougeur avec plaques blanches sur les amygdales, surtout celle de gauche. *Belladone* 3, le 16, et *cyanure de mercure*, 3^e trit., du 17 au 20, l'aident heureusement à se rétablir promptement.

En ce moment, elle paraît en voie de guérison complète ; l'appétit est revenu avec le sommeil et la malade se lève chaque jour.

Remarque. — Le traitement par *muriatis acidum* et *belladone*, continué pendant cinq jours, n'ayant produit qu'une faible diminution de la diarrhée, la température dépassant 40 degrés chaque soir, sans aucune tendance à descendre, l'agitation des nuits et la prostration augmentant, la malade fut mise à l'usage de l'*arsenic*, 3^e trit. ; ce médicament fut continué jusqu'au 24^e jour, époque des grandes oscillations, 38.3 le soir et 36.8 le matin. Pendant quelques jours nous associâmes *belladone* à *arsenic* à cause d'une céphalalgie excessive, et *ipeca* et *bryone*, 3^e dil., alternés, furent prescrits contre une bronchite devenue plus intense à la fin du 4^e septenaire.

Pendant les premiers jours de la rechute, les grandes oscillations persistant, nous donnons *china* 3, puis *sulfate de quinine* 50 centigrammes sans

succès. Deux jours d'*aconit* T. M. 20 gouttes, diminuèrent l'ascension du soir.

Le *sulfate de quinine* donné de nouveau à la dose de 60 centigrammes le 42^e jour de la maladie, 9^e jour de la rechute, fit disparaître la fièvre du matin d'une manière définitive. Le mouvement fébrile continue ; très grandes oscillations, 36.5 le matin, 39.5 le soir, pendant plusieurs jours. Mais nous remplaçâmes le *sulfate de quinine* le 44^e jour par *ipeca*, 1^{re} trit. au 10^e, à cause d'un commencement d'hémorrhagie intestinale.

Chez cette malade, dont l'état fut longtemps fort grave, nous n'observâmes jamais la température en plateau propre à la fièvre typhoïde; même dans la période d'état, pendant le 2^e et le 3^e septenaire, il y eut des oscillations d'un degré. Plus tard, les oscillations ont atteint jusqu'à 3 degrés du soir au matin.

Lit n° 2. — *Fièvre typhoïde*, forme commune prolongée. — Mlle..., 15 ans. Entrée le 16 janvier, sortie guérie dans le mois de mars.

Depuis 15 jours environ, malaise général : céphalalgie, vertiges, anorexie.

L'état de la malade s'est aggravé, surtout à partir du 8 janvier. Alitée depuis le 13.

En ce moment, douleurs assez vives dans la fosse iliaque droite. La pression est très pénible ; on perçoit du gargouillement. Pas de taches, pas d'épistaxis ; mais en plus des caractères précédents, langue très chargée, jaunâtre en son milieu, un peu sèche, très rouge à la pointe. Petite toux sèche.

Diarrhée modérée : purgation avant d'entrer à l'hôpital. Le 16 janvier. Temp. s. 39.4. *Aconit* T. M.

Le 17 janvier, 6^e jour. — La malade n'a pu reposer cette nuit. Face congestionnée ce matin. Temp. m. 40.1 et s. 40.1. *Aconit*, T. M. et *belladone* 3.

Le 18 janvier, 7^e jour. — La diarrhée est toujours modérée. La nuit a été moins agitée. Temp. m. 39, s. 40.2. Même traitement.

Le 19 janvier, 8^e jour. — Temp. m. 39.3 et s. 40. On constate l'apparition de quelques taches lenticulaires. Par ailleurs, l'agitation a fait place à la somnolence, la rougeur à la pâleur de la face. Quelques râles de bronchite. *Arsenic*, 3^e trit.

Le 20 janvier, 9^e jour. — Temp. m. 39^o et s. 39.2. Il y a toujours de la somnolence avec diarrhée modérée. *Arsenic*, 3^e trit.

Le 21 janvier, 10^e jour. — *Somnolence continue*lle. Quelques nouvelles taches. La malade tousse davantage ; rien de nouveau à l'auscultation. Temp. m. 39^o et s. 40. Même traitement.

Le 22 janvier, 11^e jour. — La langue est plus sèche ; la face semble un peu bouffie. Par ailleurs, même état. Temp. m. 39.5 et s. 40. *Sulfure noir d'hydrargyre*, 2^e trit, 20 cent.

Le 23 janvier, 12^e jour. — Temp. m. 39.4 et s. 40. La diarrhée semble vouloir augmenter. La malade se plaint un peu de la gorge ; on trouve seulement de la sécheresse avec légère rougeur. Même traitement.

Le 24 janvier, 13^e jour. — Temp. m. 39 et s. 39.8. La diarrhée est plus abondante, 5 à 6 selles et il y a toujours de la somnolence avec un peu de subdél-

lirium. La soif est vive, avec pâleur manifeste et commencement d'amaigrissement. *Eruption confluyente* depuis quelques jours sur le ventre et la partie interne des cuisses. Même traitement.

Le 25 janvier, 14^e jour. — Temp. m. 38.3 et s. 40. Un peu de mieux. Même traitement.

Le 26 janvier, 15^e jour. — Temp. m. 39.2 et s. 40. Toujours 5 à 6 selles. La langue est plus sèche. On a peine à réveiller la malade pour lui faire prendre sa potion. *Subdélirium* plus accusé. *Tartarus emetica*, 3^e trit., 20 cent.

Le 27 janvier, 16^e jour. — Temp. m. 39.1 et s. 40. La nuit a été assez bonne ; la malade semble un peu plus réveillée ce matin. Même traitement qu'on continue également le 28 janvier, 17^e jour.

Le 29 janvier, 18^e jour. — Le mieux s'accroît, mais depuis quelques jours, on constate chez la malade une *surdité extrême*. Beaucoup de faiblesse. Temp. s. 39.3. *Arsenic alb.*, 3^e trit., 20 cent.

On continue le même traitement jusqu'au 1^{er} février. La diarrhée diminue chaque jour sensiblement.

Le 1^{er} février, 21^e jour. — Chute brusque de la température, qui tombe au matin à 37.5. La malade a uriné au lit toute la nuit ; par ailleurs, aucun symptôme nouveau. Le délire est toujours tranquille. *Sulfate de quinine*, 0.60, qui est continué durant 3 jours.

La malade est entrée dans la période des grandes oscillations. Il n'y a presque plus de diarrhée. La

La langue n'est plus sèche ; elle est beaucoup moins chargée.

Le 4 et le 5 février, 24^e et 25^e jour. — *Repos*. On constate une amélioration notable de l'ouïe.

Le 6 février, 26^e jour. — Les grandes oscillations persistent, on revient au *sulfate de quinine*, 0,60, pendant 3 nouveaux jours. Dès ce moment, la diarrhée est complètement supprimée ; il n'y a presque plus de surdité. Les températures du soir sont moins élevées. L'appétit revient un peu. *Potages*.

Le 9 février, 29^e jour. — N'ayant pas obtenu la cessation complète de la fièvre du soir avec la *quinine*, on a recours à *nuxvomica*, 12.

Il n'y a plus de surdité. La malade crie famine : 1^{re} côtelette le 10 au repas du matin.

Le 11 février, 31^e jour. — La fièvre persiste toujours le soir ; depuis que la malade a recommencé à manger, elle est même un peu plus forte chaque soir. *Cedron*, 3^e dil. Par ailleurs, la malade semble en bonne voie de guérison. On continue le traitement jusqu'au 18 février, 38^e jour. La fièvre persiste toujours, mais les forces reviennent, le sommeil est bon, sans délire. *Arsenic alb.*, 12.

La fièvre tombe définitivement le 21, 41^e jour. — Le 22 février, 42^e jour, la malade se lève, et son rétablissement est assuré.

Remarque. — Il s'agit ici d'une forme commune intense, mais qui a eu pour caractère de présenter pendant plus de la moitié de sa durée de grandes oscillations dans la température : souvent trois de-

grés de différence entre le matin et le soir. *Aconit* T. M. a été donné au début, puis ensuite *arsenic*, 3^e trit. La sécheresse de la langue, le mal de gorge, et la bouffissure de la face nous ont engagé à reprendre un ancien médicament : le *sulfure noir de mercure* à la 2^e trit.

La somnolence étant devenue extrême, nous avons prescrit *tartarus*, 3^e trit., qui a beaucoup amélioré ce symptôme. Enfin, la faiblesse extrême de la malade nous a conduit à revenir à l'*arsenic* le 18^e jour de la maladie.

Les grandes oscillations de la dernière période n'ont été notablement modifiées ni par le *sulfate de quinine* à doses relativement fortes, 60 centigrammes par jour, ni par le *cédron*, 3^e dil. ; *arsenic* 12 a été suivi assez rapidement d'amélioration, mais il a été administré le 38^e jour de la maladie.

(A suivre.)

RÉUNION

De l'Institut Américain d'Homœopathie.

L'Institut Américain d'Homœopathie, qui se réunissait, le 19 juin dernier, à Niagara Falls (État de New-York), dans le voisinage de la célèbre chute, célébrait cette année le quarantième anniversaire de sa fondation et tenait sa trente-sixième session. La guerre de Sécession empêcha, comme on le sait, de maintenir une

exacte concordance entre les anniversaires et les sessions, lesquelles doivent, aux termes du règlement, avoir lieu chaque année.

La présidence du Congrès était dévolue cette année au savant Dr Bushrod James, de Philadelphie, assisté des Drs Runnells, d'Indianapolis (vice-président), Burgher, de Pittsburg (secrétaire-général), Strong, d'Allegany (secrétaire adjoint), Kellogg, de New-York (trésorier), Paine, de New-York (nécrologiste), Mac Manus de Baltimore, Chappman, de Pittsburg, Rush, de Salem, Smith, de Chicago, et Orme, d'Atlanta, censeurs. Le comité exécutif et de publication comprend le président, le vice-président, les secrétaires et le trésorier. Près de 200 membres de l'Institut avaient répondu à l'appel du comité.

La première séance du Congrès s'ouvre à 10 heures du matin ; après la prière d'usage, dite par le Rev. Rosenmuller, recteur de l'église Saint-Pierre, de Niagara Falls, le Dr Bushrod James prononce son adresse présidentielle. Il passe en revue les progrès accomplis par l'homœopathie pendant l'année qui vient de s'écouler. Notre littérature s'est enrichie de trois nouveaux journaux : un américain, un indien et le troisième paraissant dans l'Uruguay. Cette année a également vu la formation de sociétés médicales féminines. Les dames-médecins de Chicago ont pris l'initiative du mouvement et ont constitué une société scientifique très active. Le discours du Dr Bushrod James est ici des plus curieux, car il nous met au courant d'un débat qui préoccupe assez vivement le monde médical américain. Les femmes doivent-elles recevoir l'éducation médicale en commun avec les étudiants du sexe fort, ou bien doivent-elles la recevoir à part ? Les deux systèmes ont leurs partisans : les homœopathes du Massachusetts et de l'Illinois penchent pour le premier et ont ouvert les portes de l'Université de Boston et du Collège médical Hahnemann de Chicago aux dames, qui ont répondu

avec empressement à l'appel. A New-York, elles ont leur collège spécial et Philadelphie va créer un établissement de ce genre. Le Dr James se garde bien de verser à ce sujet dans une digression philosophique et, fort sagement, émet l'avis que ce sont là des questions relevant uniquement des intérêts locaux et des conditions spéciales à chaque milieu enseignant.

Le Dr Bushrod James termine sa revue des progrès médicaux accomplis dans le courant de l'année par quelques considérations sur les nouvelles théories parasitaires, et aborde un sujet qui intéresse vivement l'Institut, celui de la création de réunions de sections. Cette innovation, à mon avis, s'impose nécessairement à cause du nombre considérable des médecins qui assistent aux Congrès et à cause du développement si remarquable des spécialités au sein de l'homœopathie américaine. Des deux objections que l'on a formulées contre les réunions de sections, l'une n'a aucune valeur. La difficulté de trouver des locaux en nombre suffisant pour permettre le fonctionnement simultané des sections, ne peut arrêter les membres du Comité d'organisation, qui ont une année entière devant eux pour prendre leurs dispositions. Le choix de la meilleure méthode à adopter pour offrir à ces auditoires fractionnés des sujets de discussion bien élaborés mérite plus d'attention. J'espère que l'expression de mon opinion personnelle sur ce dernier point ne blessera pas plus le Dr Bushrod James que ses confrères ; mais je dis nettement que toutes les combinaisons plus ou moins subtiles que l'on imagine pour résumer les différents mémoires envoyés aux congrès ne valent rien. Il n'y a qu'un seul procédé qui consiste à exiger des auteurs la livraison de leurs travaux dans un délai suffisant pour permettre au Comité de publication, dont on ne peut suspecter l'esprit de tolérance, de les examiner et de les faire imprimer avant l'ouverture de la session. Les auditeurs recevraient des épreuves en placards qu'ils liraient à loisir, et sur les-

quelles ils ne craindraient pas d'inscrire leurs notes. De cette façon seule, on a les éléments d'une discussion sérieuse et pouvant porter sur le travail même de l'auteur. Je dis pouvant porter, car il m'est arrivé d'entendre des orateurs, munis à l'avance de tous les documents nécessaires, prendre une part active à la discussion et être obligés, à la péroration, de reconnaître qu'ils n'avaient pas lu un traître mot du travail, qui mettait en verve leur éloquence. Le résumé oral fait par le président du bureau occupe inutilement une partie de la séance, car, par la brièveté même, dont il ne peut se départir, il n'arrive pas à intéresser l'auditoire. Le résumé écrit, dressé par les secrétaires, n'est pas lu la plupart du temps, car il constitue également un étranglement et n'a droit qu'à l'indifférence; je parle là-dessus avec une certaine expérience, car il m'est arrivé quelquefois de perpétrer pareille besogne. Charger l'auteur de résumer son propre travail ou de le faire connaître par les extraits qu'il juge les plus intéressants, c'est méconnaître tant soit peu l'humaine nature. Quant à la simple lecture à haute voix par le président du titre du mémoire et du nom de l'auteur, ce procédé, outre qu'il est assez sommaire, a l'inconvénient de mettre en mouvement ces gens de faconde qui, pour placer leurs discours, s'agrippent aux associations d'idées les plus inattendues et qui rappellent le prédicateur, dont l'unique bagage comportait un sermon sur la confession. Le digne homme, invité à prêcher le jour de la Saint-Joseph, se tira d'affaire avec cet exorde : « Saint-Joseph, mes frères, était charpentier. Il faisait donc des confessionnaux; à propos de confessionnaux, je vais vous parler de la confession. »

Le Dr Bushrod James propose ensuite de substituer à la publication en un seul gros volume adoptée jusqu'à présent pour les *Annales* du Congrès un recueil trimestriel. Il réclame aussi l'affectation d'un local aux archives et collections de l'Institut. De Tocqueville — que Pailleron me pardonne ce souvenir ! — avait noté, il y a

longtemps déjà, la facilité avec laquelle les documents les plus intéressants s'éparpillent aux Etats-Unis. Votons donc un bon point au D^r Bushrod James et que sa proposition reçoive un favorable accueil. La petite revue qu'il fait ensuite des divers modes que les homœopathes emploient pour la célébration de l'anniversaire de Hahnemann mérite notre attention, car nous y trouvons un juste éloge de l'éloquence du D^r Gonnard, le président de notre Société. Nous nous associons également à l'appréciation que fait notre confrère de la revision de la matière médicale entreprise par nos voisins d'Angleterre.

L'adresse du D^r Bushrod James affecte plutôt la forme d'une causerie que celle d'un discours avec ses divisions bien réparties. Nous avons vu qu'il avait touché à plus d'un sujet et, si nous avions le temps de le suivre par le menu, nous en aurions encore plus d'un à relever. Signalons, pour finir, les passages où le D^r Bushrod James parle des relations entre les homœopathes et les allopathes aux Etats-Unis. Il nous apprend que les partisans de notre doctrine forment à peu près le tiers des contribuables du pays. Le fait a son importance, car sa simple constatation a abaissé les barrières légales qui interdisaient l'entrée des hôpitaux des Municipalités et des Etats à nos confrères. Le paragraphe consacré aux « *extremists* », que nous pourrions appeler les outranciers de l'homœopathie, a la saveur d'un air de bravoure; mais, *chut*

Glissons, mortels, n'appuyons pas.

Après avoir voté des remerciements à l'orateur, l'Institut nomme une commission chargée d'étudier les propositions émises dans son discours et les moyens pratiques de les réaliser.

Le D^r Talbot, président du Comité de statistique, présente un rapport qui constate qu'en 1844, l'homœo-

pathie ne possédait, aux Etats-Unis, ni collège, ni hôpital. Aujourd'hui, elle compte 27 Sociétés d'Etat, dont 21 munies d'une charte, 30 hôpitaux généraux coûtant 2.000.000 de dollars, 47 dispensaires, 14 collèges médicaux, 19 journaux, 20 institutions diverses ayant des relations avec l'homœopathie, 7,400 médecins régulièrement diplômés.

La session de l'après-midi fut presque entièrement consacrée à la matière médicale. On sait de quelles préoccupations sa revision est l'objet chez nos voisins d'Angleterre et nos confrères des Etats-Unis, tandis que la question n'est même pour ainsi dire pas posée en France: Le sujet proposé par le comité était : *Un plan pour l'étude de la matière médicale*. Les détails me manquent sur le nombre et la valeur des travaux se rapportant à cette donnée. Je remarque seulement que le Dr T. Allen, de New-York, le savant et patient auteur de l'*Encyclopédie* a distribué un mémoire aux membres du Congrès.

A la réunion du soir, on s'est occupé de médecine clinique. Les *fièvres malarieuses* avaient fourni le thème des essais envoyés au Congrès. Le professeur Dowling, de New-York, a étudié leur *étiologie*, le Dr Dake, de Nashville, leur *influence sur l'acclimatement*, le Dr Farrington, de Philadelphie, leurs *suites éloignées*, le Dr Sidney Mitchell, de Chicago, leurs *relations avec les affections pulmonaires*, le Dr H. C. Allen, d'Ann Arbor, leur *traitement*, le Dr Fatligant, de Savannah, les *indications du sulfate de quinine à fortes doses*, Miss Anna Waren, docteur en médecine, d'Emporia, les *relations de ces fièvres avec les affections utérines et vésicales*, le Dr S. Lilienthal, de New-York, celles *qu'elles peuvent avoir avec les maladies du système nerveux* et le Dr Johnson, de Ravenna, le *traitement des fièvres rémittentes*.

DEUXIÈME JOURNÉE.

A la réunion du matin, après l'expédition de quelques questions d'affaires, l'Institut écoute le rapport du bureau de microscopie et d'histologie. Le D^r Conrad Wesselhœft, de Boston, dont on connaît les beaux travaux sur la divisibilité de la matière, lit un mémoire sur la *solubilité du verre*.

Le D^r Smith, de Cleveland, lit un travail sur les préparations homœopathiques. Certaines révélations des plus curieuses sur les agissements de quelques pharmaciens mettent en belle humeur l'assemblée qui maintient la parole à l'orateur au-delà du délai réglementaire. L'Institut ouvre ensuite une souscription pour fournir au professeur Smith et au professeur Wood, qui s'occupe aussi de ce genre d'études, les fonds nécessaires à leurs recherches.

Réunion de l'après-midi consacrée à l'ophtalmologie, l'otologie et la laryngologie.

Peut-on guérir le glaucome sans opération ? par le D^r Norton, de New-York.

Relations des affections de la choroïde et du nerf optique avec les affections des organes génitaux. D^r Mac Guire.

Sur l'iritis, par le D^r Mac Dermott, de Cincinnati.

Polypes du nez, par le D^r Currier de San-Francisco.

Causes de la surdi-mutité, par le D^r Park Lewis. Cet auteur donne le résumé de l'histoire clinique de 144 sourds-muets et note l'état actuel de leur appareil auditif.

Le D^r Vilas, de Chicago, traite des *inconvenients de la méthode de Politzer* et le D^r Sidney Smith des *mouches volantes et taches devant les yeux*.

Arrive ensuite le tour de la gynécologie. Voici les titres des mémoires avec leurs noms d'auteurs :

Du diagnostic dans les maladies utérines, par le D^r Minton, de Brooklyn.

Subinvolution de l'utérus, par le D^r R. C. Allen, de Philadelphie.

Coccygodynie, par le D^r Langren, de Toledo.

Dysménorrhée, par le D^r Bigler, de Philadelphie.

Dilatation du col et dilataateurs métalliques, par le D^r Hedges, de Chicago.

Ajoutez une contribution orale des plus étendues sur la *cellulite pelvienne* par le vice-président de l'Institut et président du bureau de gynécologie, le D^r Runnells, d'Indianapolis. La discussion a principalement porté sur ce dernier sujet et sur la dysménorrhée.

Les antiseptiques alimentent la discussion de la séance du soir, qui est réservée à la chirurgie. Le D^r J. H. McClelland, de Pittsburg, donne, dans son mémoire, *la définition et l'histoire de la méthode antiseptique*. Le D^r L. H. Villard se déclare un fervent partisan des théories de Pasteur et présente un essai sur les *principes de la méthode antiseptique*. Le D^r Thomas, de Chicago, étudie les différents *procédés employés en Allemagne* et le D^r W. L. Jackson, de Boston, les *différentes propriétés des divers agents* jusqu'ici mis en usage. Les *ligatures et leur mode d'application* ont fourni au D^r O. Ferry, d'Utica, le sujet de son travail, et les *procédés de drainage* celui du mémoire du D^r Schneider, de Cleveland. Notre vénérable ami, le D^r Talbot, de Boston, nous met en garde contre les *accidents toxiémiques, qui peuvent résulter de la méthode antiseptique*. Les *actions comparatives de l'iodoforme et de l'acide phénique* sont analysées par le D^r Ostrom, de New-York. Le D^r George Hall rend compte de l'usage des *procédés antiseptiques dans le traitement des abcès, ulcères et végétations*. Le D^r Hartshorn, de Cincinnati, s'occupe de leur *application au traitement des fractures multiples*. Le D^r E. C. Franklin, professeur à l'Université d'Ann-Arbor, Université d'Etat comme on sait, est un adversaire résolu de la méthode et a intitulé son mémoire : *Le traitement non-*

antiseptique des blessures. Le célèbre chirurgien de New-York, W. Tod Helmuth, membre honoraire de notre Société, s'occupe de *l'état actuel de la chirurgie antiseptique*. Le dernier travail, qui est du Dr Foster, de Kansas City, est consacré aux *fractures du crâne*.

Arrivent ensuite les communications du bureau d'éducation médicale. Le Dr G. N. Guernsey, de New-York, présente quelques observations sur certaines modifications à introduire dans le plan d'études adopté par les collèges homœopathiques des Etats-Unis. Il demande aussi que l'Institut échange sa dénomination actuelle contre celle d'Institut américain de Médecine. Cette dernière motion soulève un débat des plus vifs.

Un concert-promenade termina la soirée.

TROISIÈME JOURNÉE.

Séance du matin. — Reprise de la discussion sur les antiseptiques et adoption de quelques résolutions, entre autres de celle du Dr Talbot, qui demande le rétablissement du Comité des collèges, à raison de deux délégués par établissement et de celle du Dr Dake, qui réclame et obtient l'approbation des propositions formulées par le Dr Bushrod James dans son adresse présidentielle et relatives à la création d'un dépôt des archives. L'ordre du jour appelle ensuite la discussion sur les travaux envoyés au bureau de pédologie et qui devaient se rapporter à ce thème général : « *Relations des troubles cérébraux avec les désordres du tube digestif.* » Le Dr Orme, d'Atlanta, président du bureau, a écrit un mémoire consacré à des *généralités* ; le Dr Duke, de Nashville, a traité des *affections de l'estomac et de l'intestin relevant de l'ingestion de substances irritantes*. Le Dr Hedges, de Chicago : *Relations de la méningite tuberculeuse et des désordres du tube digestif*. Le Dr Carville, de Somerville : *Influences atmosphériques et désordres des systèmes nerveux et digestif*.

A midi, l'institut procède à l'élection du bureau pour l'an prochain. Sont nommés : président, le Dr Sanders, le professeur d'obstétrique du collège Homœopathique de Cleveland ; vice-président, le Dr Allen, de New-York ; secrétaire général, le Dr Burgher, de Pittsburg. Deer-Park, dans le Maryland, est désigné comme lieu de réunion.

Séance de l'après-midi.— Les Drs Owen, Buck, Wilson, Pemberton Dudley, Bellows, Van Artsdalen, Pratt et Trites présentent de très intéressants mémoires sur l'anatomie et la physiologie des nerfs de la vie organique. La séance est terminée par la présentation des rapports des bureaux de législation médicale, de littérature médicale et de correspondance étrangère.

Puis excursion aux chutes du Niagara et grand banquet.

QUATRIÈME JOURNÉE.

La séance du matin est consacrée à la médecine mentale et à l'hygiène.

Dr Selden H. Talcott, surintendant de l'Asile d'aliénés de Middletown (établissement de l'Etat de New-York), président du bureau de médecine mentale : *Maladies du péritoine comme cause d'hypochondrie.*

Dr S. Lilienthal, dont les savants articles sur les affections mentales et nerveuses, publiés dans le *North American Journal of Homœopathy*, devraient être réunis en volume et enrichiraient ainsi notre science d'un traité complet sur la matière : *Influence de la malaria sur la production des maladies nerveuses et mentales.*

Dr Brown : *L'Oxygène dans le traitement des affections nerveuses.*

Dr Butler : *Influences héréditaires.*

Bureau d'hygiène. Président le Dr Beckwith, de Cleveland, qui lit un mémoire d'introduction. Le Dr

Wilson, d'Ann Arbor, s'occupe de *l'hygiène des voyageurs*. Le Dr T. S. Verdi, de Washington, l'ami du général Grant, de qui il reçut la mission d'étudier l'hygiène des principales villes européennes, et le premier médecin homœopathe des Etats-Unis, qui ait été nommé membre d'un comité d'hygiène et de salubrité, étudie *l'hygiène dans ses applications à l'alimentation*. Dr Ockford : *Les manufactures*. Dr Bushrod James : *Les écoles*. Dr Dickerson : *Les hôpitaux*. Dr Wright : *Les prisons*. Dr Jones : *Les assemblées publiques*.

Le Dr Dake, qui a été chargé de présenter un rapport sur le mémoire du Dr Smith, de Cleveland, fait adopter par l'assemblée les résolutions suivantes :

« Attendu que le rapport du Dr J. Edwards Smiths a démontré que l'on peut découvrir par le simple procédé de l'incinération les impuretés contenues dans le sucre de lait et que dix grammes de cette substance pure ne doivent donner qu'un résidu d'un milligramme et demi,

Il est résolu que les échantillons donnant un excédent de cendres seront reconnus impropres à l'usage homœopathique. »

L'Institut s'occupe encore de quelques affaires particulières et, après avoir assisté à un service en l'honneur de ses membres décédés, s'ajourne à l'année prochaine.

Ce résumé, si écourté et si incomplet qu'il soit, donnera cependant, je l'espère, quelque idée des merveilleux progrès de l'homœopathie aux Etats-Unis. Le défaut de temps et de place m'a, à mon grand regret, empêché de parler des sessions particulières tenues par les Sociétés d'Ophtalmologie et d'Otologie, de Gynécologie et de la Presse Homœopathique américaine.

A. CLAUDE.

NÉCROLOGIE

C'est avec le plus profond regret que nous inscrivons en tête de notre liste funèbre de ce mois le nom du Dr Francis Black, l'un des fondateurs, avec les Drs Drysdale et Russell, du *British journal of Homœopathy*. Il était né en 1820 à Bombay, où habitait son père, capitaine au service de la Compagnie des Indes, et il fit ses études à Edimbourg et fut reçu docteur à l'Université de cette ville en 1840. La même année, il se rendit à Paris pour étudier l'homœopathie sous la direction de Hahnemann. En 1841, il retourna à Edimbourg, où, en collaboration avec le Dr Rutherford Russell, il établit un dispensaire homœopathique, le premier probablement qui ait fonctionné en Angleterre. L'animosité des allopathes fut si grande que, ne tenant compte ni de son honorabilité, ni de son talent, le Collège des Médecins d'Edimbourg refusa d'admettre notre collègue, uniquement à cause de ses opinions en thérapeutique. Les allopathes écossais ont du reste toujours su conserver comme un précieux dépôt cette hostilité de leurs prédécesseurs. Récemment encore, un chirurgien, professeur à l'Université, refusait de voir un malade atteint d'une affection chirurgicale et qu'un médecin homœopathe venait visiter à titre purement amical et sans lui prescrire aucun médicament.

Le Dr Black s'établit ensuite, à cause de la rigueur du climat et de la faible santé de sa femme, à Clifton, où il acquit rapidement une clientèle très étendue et très brillante. Sur la fin de sa vie, de violentes céphalalgies dues à l'excès de travail l'obligèrent à abandonner la pratique médicale. Outre les travaux qu'il publia dans le *British Journal of homœopathy*, nous avons de lui un ouvrage intitulé *The principles and practice of homœopathy*. Ses études sur le plomb et sur la digitale sont des plus remarquables. Il laisse, à ce qu'il paraît, des mémoires très importants sur la *noix vomique*, la *fève de Saint-Ignace*, et le *mercure*. On cite encore de lui deux discours présidentiels qu'il prononça, l'un en 1850, au premier congrès des homœopathes anglais à Cheltenham, sur la tolérance et la liberté des opinions médicales, et l'autre à York, en 1872, sur « l'attitude des médecins vis-à-vis de la médecine spécifique ». Il fut trésorier du Congrès international de 1881, et il venait récemment de remplacer, au même titre, le Dr Hamilton à la Société homœopathique d'Angleterre. La franche et affable distinction du Dr Black a toujours laissé le plus agréable souvenir à ceux qui, comme moi, ont pu le connaître personnellement.

Le Dr Edouard Huber, qui est mort le 8 mai dernier, à Pola, n'avait que trente-six ans. Quand le Dr Jean Taubes, chevalier de Lebenswarth, ouvrit à Vienne son hôpital ho-

mœopathique pour les enfants, il en confia la direction médicale à notre confrère. Le Dr Huber s'acquitta de cette fonction avec le zèle le plus remarquable ; mais, la maladie qui le força à quitter Vienne et à se réfugier sous le ciel plus clément de l'Italie, ne lui a pas permis de réaliser les espérances que ses débuts avaient fait concevoir.

Goullon l'aîné, qui vient de mourir à Weimar à l'âge de 80 ans, était un des ouvriers de la première heure. Ses écrits polémiques et scientifiques sont des plus nombreux et des plus intéressants. Il laisse un fils dont notre école cite aussi les travaux avec orgueil.

A. CLAUDE.

NOUVELLES

Notre ami, le Dr J. Compton Burnett, le vaillant directeur du *Homœopathic World*, et dont nous avons analysé dans ce journal la monographie si curieuse sur le *Natrum Muraticum*, vient d'être nommé à l'unanimité professeur de matière médicale à l'Ecole Homœopathique de Londres en remplacement du Dr Pope, dont la démission est acceptée.

Ouverture, à Calcutta, d'une école pour l'enseignement de l'homœopathie. Le Dr M.-M. Bose traitera, dans ses leçons, des principes et de la pratique de la médecine, le Dr Majumdar de la matière médicale et de la thérapeutique, le Dr B.-L. Bose de l'anatomie et de la physiologie.

Le congrès annuel des praticiens homœopathes anglais aura lieu le 13 septembre à Malloch.

A. C.

Le Gérant : Dr A. CLAUDE.

Clermont (Oise). -- Imprimerie Daix frères, place St-André 3.

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

SIGNES DES TEMPS

Dites-moi où sont maintenant ces maîtres et ces docteurs que vous avez connus lorsqu'ils vivaient encore, et qu'ils florissaient dans leur science? (*Imit. de J. C., trad. de Lamennais.*)

Dans son dernier numéro, le *Bulletin* publiait la traduction d'une leçon du Dr A. A. Smith, professeur à l'hôpital Bellevue de New-York, leçon que tout homœopathe pouvait contresigner, sans avoir à redouter le blâme ou le désaveu de ses confrères les plus rigides ou les plus orthodoxes. Cet article, du reste, qui n'avait pour nous aucun intérêt scientifique, n'avait même pas l'attrait de la nouveauté. Nous le signalions uniquement à titre de document servant à préciser la phase que traverse actuellement l'école adverse. Nous l'avions, ainsi que nos rivaux, déjà lu maintes fois, sous différentes formes, dans les journaux allopathiques. Mais, malgré cela, il a fait un peu plus de bruit que ses congénères :

Habent sua fata libelli.

Ainsi, le *Medical Times and Gazette* revenait, le 30 juin dernier, sur son manifeste du 2 du même mois,

et le Dr Thorowgood consacrait à la leçon du Dr A. A. Smith un long et affirmatif commentaire, qui en inspirait, à son tour, un nouveau au nommé *Peripateticus*, rédacteur du *Students' Journal and Hospital Gazette*. Cette dénomination pédantesque me rappelle involontairement cette poignée de poussière que le dernier des Gracques, expirant sur les marches du Capitole, lança contre le ciel et d'où naquit Marius, non moins grand pour avoir arrêté l'invasion des Cimbres que pour avoir écrasé dans Rome l'aristocratie patricienne. Notre Rome, notre *Urbs*, c'est cette grande science médicale, qui réserve à ses adeptes de si nombreux déboires et à laquelle recourent bon gré mal gré ceux dont les railleries plus ou moins spirituelles ne peuvent l'atteindre. Elle a aussi ses patriciens, gens de morgue, confits dans l'immobilité de leurs dogmes hiératiques et hostiles, en vertu même de leur origine, aux aspirations et aux revendications de la plèbe. Soit, qu'ils conservent pour celle-ci leur haine et leur mépris, mais qu'ils prennent garde à ceux d'entre eux qui prêtent l'oreille aux cris d'en bas et qui osent les répéter dans l'auguste cénacle : *de seditione quærentes*.

Je laisse de côté l'article du Dr Thorowgood et traduis ici celui de *Peripateticus* qui le résume très exactement :

« Dans le numéro de samedi dernier du *Medical Times and Gazette*, le Dr Thorowgood a fait connaître le résultat de son expérience personnelle relative à l'effet de petites doses de médicaments. Il dit : « Je suis arrivé à cette conviction que souvent on emploie,

se flant aux recommandations des auteurs, bien des remèdes à doses inutilement trop fortes, quand nous ne recherchons pas une action éliminatrice ou évacuante, mais une action spécifique ou graduellement altérante.

Il n'y a peut-être pas de drogue au sujet de laquelle il y ait plus d'accord entre les médecins que le *fer* ; mais est-il nécessaire, pour guérir une névralgie de la face, de donner une poudre insoluble comme l'*oxyde hydraté* de cette substance à une dose variant entre trente grains et trois ou quatre drachmes ? Le *sous-nitrate de bismuth*, qui est également insoluble, a été administré pour le soulagement de douleurs gastriques en quantité si considérable qu'à l'autopsie on a trouvé des masses épaisses, dures, noires et concrètes de *sous-nitrate* et de *sulfure de bismuth*, bouchant le canal intestinal. La personne chargée de l'autopsie comparait ces masses à des morceaux de métal. »

De même que le Dr Thorowgood a obtenu d'excellents résultats de l'administration d'un tiers de grain de *calomel*, il a reconnu que les doses de deux minimes d'*aconit* valaient mieux que celles de cinq à quinze minimes recommandées par la *Pharmacopée anglaise*. Il préconise aussi de petites doses de *liqueur arsenicale* pour soulager les spasmes asthmatiques et il n'a eu qu'à se louer, pour combattre rapidement l'épuisement nerveux, de l'usage continu de petites doses (un cinquantième de grain) de *strychnine*, tandis que « des doses plus fortes, dit-il, ne faisaient qu'augmenter l'irritation et accentuer par moment l'épuisement. » La teinture de *noix vomique* (un ou deux mi-

nimes, le matin à jeun) lui a été très utile dans la cure de constipations chroniques. Si cela est, et nous n'avons pas lieu de mettre en doute la véracité du Dr Thorowgood ou l'exactitude de ses constatations, ne semble-t-il pas que nous avons jusqu'à présent médicamenté notre clientèle en vertu d'un principe faux ? Nous nous répandons en invectives contre l'homœopathie, nous frappons d'ostracisme ses partisans, alors que, de notre propre aveu, ils sont aussi près et peut-être plus près que nous de la vérité. »

Oui, vous avez raison, *Peripateticus* de mon cœur, on ne nous a épargné ni les invectives, ni les calomnies. Les vôtres nous ont combattus de la façon la plus odieuse et la plus cruelle, et ces conventions qu'on respecte même au plus fort de la guerre, afin d'en tempérer l'horreur et d'en ennoblir quelque peu le caractère, ils les ont violées sans cesse à notre égard. Dites-moi, *Peripateticus*, connaissez-vous dans les hordes innombrables qui se sont ruées contre nous un seul, entendez-vous bien, un seul champion qui nous ait combattus avec des armes loyales ? Nos principes, quand ils croyaient nous faire l'honneur de discuter avec nous, ils les ont tronqués, falsifiés, dénaturés ; nos expériences et nos observations, ils les ont niées et contestées péremptoirement. La politique entraîne aux violences les plus excessives, et cependant elle compte des lutteurs acharnés, qui savent rendre hommage au talent et à la dignité de la vie privée de leurs adversaires. Tous les vôtres, *Peripateticus*, ont trépiigné comme à plaisir sur les principes les plus élémentaires de la discussion, comme sur ceux des rela-

tions sociales, et nous ont en masse décrétés d'infamie. Oh ! cherchez, compulsez, fouillez, vous ne découvrirez ni une réfutation, ni un argument, vous ne trouverez que des calomnies, des citations fausses et des injures. Allez des plus grands, de ceux qui laisseront un nom dans l'histoire, comme Graves, Trousseau, Gubler, jusqu'aux infimes comme ce grimaud de plume, qui signe Decaisne à la *France*, ou Crocq, ce croquant de Bruxelles, qui n'a croqué et ne croquera jamais personne.

Il y a des armes plus redoutables à ceux qui les manient qu'à ceux contre qui elles sont dirigées. De ces luttes, l'homœopathie est sortie plus forte que jamais et, dédaignant

Ses obscurs blasphémateurs,

elle a promené son flambeau dans les recoins les plus obscurs de l'antique médecine. A cette thérapeutique, qui variait sans cesse ses applications et qui ne croyait qu'à la nécessité illusoire de se rattacher à une hypothèse philosophique quelconque, elle a substitué une science aussi autonome que l'anatomie et la physique. Evoluant en dehors de tous les systèmes, auxquels elle témoigne une égale indifférence, l'homœopathie ne met en œuvre que des moyens dont l'expérience physiologique lui a révélé la puissance et suivant une règle dont l'application clinique lui a démontré la justesse. Ces vérités si simples que le monde médical se figure toujours les avoir possédées, alors qu'il les connaît d'hier seulement, l'homœopathie a eu la gloire de les proclamer et de les imposer à ses contradicteurs.

Pour emprunter à Comte deux de ses vocables, je dirai que son œuvre est positive et celle de l'allopathie négative. Des travaux passés, actuels et futurs de celle-ci, ceux-là seuls subsisteront qui ont ou auront été inspirés, d'une façon plus ou moins inconsciente, de l'esprit des deux principes formulés plus haut. Aujourd'hui on ne connaît plus de Graves, de Trousseau, de Gubler que leurs recherches pathologiques ; leurs élucubrations thérapeutiques sont lettre morte pour leurs successeurs et, par un bizarre retour des choses d'ici-bas, leurs assertions sont contredites précisément par ceux qui se vantent de les défendre. Avec quel dédain nous traitaient ces morts et leurs avis thérapeutiques valent aujourd'hui ce que vaut leur poussière. Vous souvenez-vous de l'objurgation que l'illustre Graves, le plus grand de ces trois adversaires, lança, dans une de ses *Leçons de Clinique Médicale*, contre nous, à propos de l'organisation de l'Université d'Edimbourg ?

« Que pourrait-on dire en faveur d'une Université qui a pour professeur de pathologie un homœopathe avéré, lequel n'a pas craint de publier un livre pour prouver la vérité de son système, et pour promulguer la doctrine ridicule de cette secte de charlatans ? »

Graves ne discutait pas avec l'ivraie, il la fauchait et voici que, ces jours derniers, un membre de la Faculté d'Edimbourg, de cette Faculté qui, entre toutes, s'est distinguée par la férocité de ses attaques contre notre doctrine, le Dr Craig s'exprimait ainsi qu'il suit, dans une de ses leçons de matière médicale et de thérapeutique :

« L'*Euonymus atropurpureus* possède trois actions spéciales : l'une sur la foie, dont il augmente la sécrétion biliaire dans de fortes proportions ; l'autre sur le tube intestinal, sur lequel il agit comme un hydragogue cathartique. En troisième lieu, il augmente la pression sanguine des reins et *produit à fortes doses de l'albuminurie et la maladie de Bright.* »

C'est là, je le crois du moins, une action physiologique nettement déterminée. Ecoutez maintenant le Dr Craig parler de l'action thérapeutique de l'*Euonymus* :

« A petites doses, c'est-à-dire à la dose d'une ou deux gouttes données trois fois par jour, cette substance est un excellent médicament de l'albuminurie et peut être alternée avec l'*helonias dioica*. On admet généralement que la difficulté de la digestion et de la torpeur du foie sont des avant-coureurs de l'albuminurie et de la maladie de Bright : de là, l'utilité des petites doses d'*euonymus*. L'administration continuée pendant une ou deux semaines de l'*euonymine* (un tiers de grain) ou de l'extrait fluide d'*euonymus* (cinq à six gouttes de la préparation de Parks, Davis et Cie) fait en général disparaître l'albumine de l'urine. L'*euonymus* est un des médicaments qui nous paraissent les plus sûrs contre les calculs biliaires et s'est montré à mes yeux si efficace dans les affections du pancréas et des glandes gastriques que je ne lui connais pas de rival pour toutes les formes d'indigestion. »

Quant à l'*helonias dioica* que M. Craig fait intervenir dans le traitement de l'albuminurie, nous ferons observer au Professeur de la Faculté d'Edimbourg,

qu'en 1872, le Dr S. Lilienthal, de New-York, à qui il ne manque que d'être allopathe pour être un grand homme, publiait une traduction anglaise du *Morbus Brighti* de Jos. Buchner, un des homœopathes les plus distingués de l'Allemagne. Dans les notes magistrales que S. Lilienthal ajoutait à sa traduction, M. Craig a sans doute trouvé, comme moi, du reste, les indications qui recommandaient *helonias* dans certaines formes d'albuminurie. Pas de bibliographie, n'est-ce pas, Monsieur Craig, c'est là une science futile. Ah ! vous êtes bien, Monsieur, comme tous vos confrères qui acceptent nos règles de pratique et nos agents de guérison, alors qu'ils repoussent nos personnes. Mais, dès à présent, les jours de votre ostracisme sont comptés et où ont passé nos principes

Passera bien l'enfant.

A. CLAUDE.

CLINIQUE MÉDICALE

(Suite).

OBSERVATION IV. — Un petit garçon de trois ans, en garde, dans les environs de Paris, est ramené le 4 septembre 1882, à ses parents. Le père me présente l'enfant, dans l'après-midi, parce que, me dit-il, l'enfant a, depuis la veille, une fièvre très intense, de l'agitation, et qu'il ne veut pas manger. Le pauvre petit garçon, Hippolyte E..., se laisse docilement examiner. Je trouve l'amygdale gauche très volumi-

neuse, recouverte d'une fausse membrane épaisse s'étendant jusqu'à la base de la luette ; quelques points blancs sur l'amygdale gauche ; les ganglions sous-maxillaires correspondants très développés, surtout à gauche, avec empâtement notable du tissu cellulaire. Le pouls est à 108 ; la voix nasillarde. L'enfant est bien constitué, habituellement bien portant ; il n'y a pas encore eu de saignement par le nez. En raison de ces circonstances, tout en ne dissimulant rien de la gravité de la situation au pauvre père, je crois devoir lui donner l'espoir, non la certitude, d'une guérison. Je prescris *hydrarg. cyanur.*, 2^e trit. au 100^e, cinq décigrammes dans 120 gramm. eau ; *bromium*, 1^{re} dil. aqueuse au 100^e, quatre gouttes dans 120 grammes eau ; une cuillerée à café alternativement de demi-heure en demi-heure. Pour le cas où on pourrait obtenir que l'enfant se gargarisât, je recommande de mettre quatre gouttes de *brome* 1/100 dans chaque gargarisme à l'infusion de feuilles de ronces et au sirop de mûres.

Du 4 au 11 septembre le traitement fut suivi avec régularité. Du 8 au 10, mon honorable ami, M. Dézermans voulut bien voir l'enfant, pendant mon absence. Le 11 je trouvai les fausses membranes qui, du 4 au 8 s'étaient étendues sur toute l'amygdale droite et avaient entouré la luette comme un doigt de gant, je trouvai, dis-je, les fausses membranes désagrégées, laissant reparaitre la muqueuse rose et intacte en certains points, et, en certains autres, la laissant entrevoir à travers leur transparence ; du 11 au 13, la chute des fausses membranes fut terminée.

La convalescence a été franche, assez rapide même et sans le moindre incident.

Quoique cette affection n'ait été compliquée ni par les hémorrhagies, ni par l'extrême pâleur, ni par la prostration de l'enfant, ni par aucun symptôme de malignité, je l'ai cependant notée comme une angine grave, en raison de la persistance des fausses membranes et surtout de la difficulté qu'on a eu à faire accepter quelques aliments à l'enfant. Heureusement, il a toujours pris assez facilement l'eau coupée de vins généreux ou de cognac.

Je crois donc pouvoir attribuer, sans aucune exagération, sans aucun optimisme thérapeutique, la marche régulière de cette diphthérie et sa solution favorable, à l'action du *cyanure* et du *brome*, administrés avec persévérance.

OBSERVATION V. — Le second cas a été aussi bénin en apparence, mais beaucoup plus sérieux par les accidents consécutifs. Il s'agit d'une jeune femme d'une trentaine d'années, Mme Marie N... qui, après avoir reçu une averse le 30 septembre dans la matinée, ayant travaillé toute la journée dans ses vêtements humides, fut prise, le soir, d'un frisson, de difficulté d'avaler et d'un nasillement très pénible. Dès le soir, son mari lui administre de la *belladone* 1/10, trois gouttes par cuillerée à soupe d'eau pure, une cuillerée à soupe d'heure en heure.

Le lendemain matin, mon collaborateur et ami le Dr Partenay, vit la malade. Il trouva l'amygdale gauche très tuméfiée, mais sans fausse membrane; la

fièvre assez modérée, le pouls à 96. Il fit continuer la *belladone* et il prescrivit les gargarismes avec l'infusion de feuilles de ronces et le sirop de mûres. Le lundi, 2 octobre, je vois la malade à 9 h. du matin : son amygdale gauche est couverte d'une fausse membrane, épaisse, d'un gris jaunâtre ; le gonflement a beaucoup augmenté ; par suite, plus grande difficulté d'avaler, nasillement plus marqué ; ganglion sous-maxillaire correspondant sensible, mais pas extrêmement tuméfié ; un peu d'empâtement du tissu cellulaire. M. le Dr Partenay arrive ; il est, comme moi, très préoccupé du mauvais aspect de cette angine. La fièvre reste cependant modérée ; le pouls est à 96. Quoique inquiète sur son état, Mme Marie N... est énergique ; elle promet de se forcer pour s'alimenter et pour prendre des boissons fortifiantes. Je prescris *hydrag. cyan.* 2/100 et *brome* 1/100, comme dans le cas précédent, en potions ; plus, dans chaque gargarisme, quatre gouttes de brôme 1/100. Le soir je fais voir la malade à M. le Dr P. Jousset. Il considère le cas comme douteux, comme pouvant devenir très grave ou ne pas dépasser les limites de la forme commune. Il le considère comme appartenant à une forme qu'il appellerait volontiers *mixte*, et il approuve le traitement.

Celui-ci est suivi ponctuellement. Mme Marie N... tient sa promesse pour l'alimentation et pour les boissons. Le pouls n'a jamais dépassé 108 le soir ; dès le samedi 7 octobre les fausses membranes, très adhérentes jusqu'au 5, étaient définitivement tombées. Le dimanche 8, M. le Dr Partenay pouvait per-

mettre à la jeune mère de revoir, dans une autre chambre que la sienne, sa petite fille dont on l'avait séparée le lundi précédent.

La convalescence paraît suivre un cours régulier. Tout à coup, le 23 octobre, Mme Marie N... rend sa boisson par le nez, et elle est reprise de son nasillement désagréable, avec difficulté très grande d'avaler les aliments, engourdissement des doigts et difficulté, impossibilité même de faire son travail à l'aiguille. Je prescris le *rhus tox* recommandé par notre éminent confrère le Dr P. Jousset. Mais, *quoique* je l'ai administré, ou *parce que* je l'ai administré à la teinture mère, la paralysie pharyngienne persiste, ainsi que l'engourdissement des doigts. Vers le huitième jour, je remplace *rhus tox* par le *lachesis* à la 2^e trit. au 100^e, cinq décigrammes dans 120 grammes eau, quatre à six cuillerées à bouche dans les vingt-quatre heures et, dès le douzième jour, les liquides ne sont plus rejetés par le nez, les solides sont déglutis plus facilement, l'engourdissement diminue; enfin, vers le quinzième ou seizième jour, il ne reste plus trace de l'accident.

Mais huit jours après il se reproduit de nouveau, avec une moindre intensité, il est vrai. J'administre immédiatement le *lachesis* de la même manière que précédemment; en cinq ou six jours tous les symptômes de cette légère paralysie diphthéritique ont disparu. Depuis, le rétablissement n'a plus été troublé par le moindre malaise.

OBSERVATION VI. — Le samedi 21 octobre, Jeanne

O..., âgée de huit ans, a très froid à l'église pendant une longue cérémonie. Dès le soir, elle est prise de malaise, d'inappétence ; elle ne dine pas et elle demande son lit. Le lendemain, dimanche, 22 octobre, elle se trouve mieux ; mais le soir, elle accuse de nouveau du malaise ; elle ne veut pas manger ; on la met au lit ; son père constata un peu d'accélération du pouls et de chaleur à la peau ; il lui fait prendre de l'aconit T. M. huit gouttes par cuillerée, une cuillerée toutes les trois heures. Le lundi, 23 octobre, je vis l'enfant ; la pouls est à 100 ; le ganglion correspondant à l'amygdale gauche un peu développé ; l'amygdale gauche est recouverte par un enduit pultacé ; l'enfant persiste à repousser les aliments. On ne parvient à lui faire accepter quelque chose, aliment ou boisson fortifiante, qu'à force de supplications et de promesses.

Je prescrivis les mêmes médicaments et les mêmes gargarismes que dans les deux cas précédents. Du 23 au 27, la maladie, en apparence bénigne, eut un cours assez régulier. Aussi, quoique l'enduit pultacé ait pris plus de consistance et que l'amygdale droite s'en soit recouverte, je pars pour la campagne, sans la moindre préoccupation au sujet de la petite malade. Le lundi 30, à mon retour, quel n'est pas mon étonnement d'apprendre du Dr Partenay que Jeanne O... a été beaucoup plus mal ; qu'elle a eu un saignement de nez, peu abondant il est vrai, le 27 au soir, mais qu'il s'est reproduit le 28 en petite quantité encore ; que l'enfant a présenté des oscillations fébriles très marquées du soir au matin ; que

la température s'est élevée à 39°5 le 27 au soir pour retomber à 38° le 28 au matin ; de même le 28 au soir et le 29 au matin ; que le 29 au soir, malgré le *sulfate de quinine* administré le 28 et le 29 au matin, chaque fois à la dose de trente centigrammes, la température a été encore à 39°. Je la trouve encore à 38° à 9 h. du matin. Les fausses membranes sont tombées en grande partie. Le soir, la température n'est plus qu'à 38° ; le lendemain mardi, 31 octobre, après une bonne nuit, la température est redescendue à 37°5. Les amygdales sont complètement libres de fausses membranes. L'enfant est gaie et mange avec plaisir. Pas d'exacerbation fébrile le soir. A partir du 1^{er} novembre, la convalescence paraît très franche et semble suivre une marche régulière. Mais le jeudi, 16 novembre, l'enfant est prise de malaise, d'inappétence, d'un mouvement fébrile oscillatoire accusant 39°2 le soir ; le lendemain 17 novembre, vendredi, 38° le matin, 39° le soir ; le 18, samedi, 38° à 9 h. du matin, 39° le soir, de même le dimanche, et le 20 lundi. A partir du mardi, 21, le sulfate de quinine ayant été administré cinq jours, la défervescence a lieu ; les oscillations thermométriques ne reparaissent pas ; les petits troubles gastro-intestinaux qui avaient accompagné la fièvre et avaient, un instant, fait craindre une fièvre typhoïde, ont cédé complètement à l'*ipeca* T. M. ; l'appétit est revenu, et, depuis, la santé de l'enfant n'a plus été troublée par aucun incident.

Cette diphthérie, si bénigne en apparence, a été certainement caractérisée par une sorte de malignité.

La persistance de la fausse membrane pendant huit jours est un caractère que notre confrère le D^r Jousset a, je crois, donné comme indiquant une certaine gravité. Mais ici, il y a plus. Quoique l'analyse de l'urine, faite avec soin tous les jours, du 24 au 31 octobre, n'ait jamais accusé la présence de l'albumine, quoique les engorgements ganglionnaires n'aient pas été très marqués, il est certain que les symptômes généraux, le mouvement fébrile, surtout à partir du 27 octobre, et, enfin l'indisposition assez sérieuse du 16^e au 21^e jour de la convalescence, il est certain, dis-je, que tous ces faits ont été en disproportion énorme avec les symptômes locaux. Aussi crois-je pouvoir attribuer, dans ce cas, le résultat, pour les symptômes locaux, au *cyanure*, et au *brome*, pour les symptômes généraux, le mouvement fébrile insidieux notamment, au *sulfate de quinine*.

Ce que j'ai voulu principalement faire ressortir, en rapportant ces trois observations de diphthérie, c'est que six personnes ayant été constamment en contact avec les malades, ayant couché huit nuits dans leurs chambres, pendant la présence des fausses membranes, dans un des cas même le mari à côté de sa femme, aucune de ces personnes n'a été atteinte. N'est-il pas permis d'en conclure que la diphthérie, si elle est contagieuse, ne l'est du moins, comme la fièvre typhoïde, que dans des conditions toutes particulières, je dirais volontiers exceptionnelles. J'aime à penser que de tels faits mettent les médecins en garde contre la trop grande facilité à admettre la contagion. J'espère surtout qu'ils relèvent

ront les courages en montrant à ceux qui entourent les malades combien est vaine la terreur que leur inspire ce mot de contagion.

Voici un dernier fait se rapportant à une maladie infectieuse, heureusement non réputée contagieuse, et apportant un nouvel appui à mes opinions.

OBSERVATION VII. — Le samedi 2 septembre, j'arrive à la campagne, dans les environs de Paris, chez un de mes amis, M. le D^r B... Il m'attendait à l'arrivée. Il m'aborde tout tremblant d'émotion et m'apprend que sa petite fille Marthe, âgée de deux ans et demi, est au plus mal. L'enfant, dont la dentition avait été très lente, très pénible, était en proie, depuis quelques jours, à un grand malaise qu'on attribuait au travail des dernières dents. Je la trouve excessivement abattue, couchée sur les bras de sa mère qu'elle ne voulait pas quitter ; avec une fièvre énorme, 133 pulsations, la peau brûlante, les joues en feu. Nous déjeunons bien tristement, montant à chaque instant nous informer de ce que fait la petite malade.

Vers 2 h. après-midi, l'enfant se trouve un peu mieux ; elle a un peu dormi ; elle ne veut pas quitter les bras de sa mère ; mais elle s'occupe de ce qui l'entoure ; elle s'intéresse aux images qu'on lui montre ; elle dit les noms des animaux qu'elles représentent ; le pouls est tombé à 92 ; la face est redevenue très pâle comme d'habitude. C'est une transformation à vue. Je n'hésite pas à déclarer à mon ami que nous venons d'assister à un accès de fièvre intermittente très grave, soit par lui-même, soit parce qu'il

complique d'une manière très fâcheuse la dentition. Je prescrivis le *sulfate de quinine* à la dose de vingt-cinq centigrammes, sous différentes formes, de manière à le faire accepter par l'enfant sous l'une ou sous l'autre.

Frappé de ce diagnostic, mon ami me fit lire, dans Hahnemann, un passage que j'avais complètement oublié et que je n'ai pu encore retrouver, dans lequel se trouve très nettement décrit l'accès fébrile compliquant la dentition. Seulement, autant que je puis me le rappeler, Hahnemann le caractérise sous le nom de rémittent.

Comme mon ami me reconduisait à la gare, je ne pus m'empêcher de lui faire remarquer qu'une odeur affreusement nauséabonde s'élevait d'un fossé creusé à droite du chemin. Il me répondit que ce fossé était simplement l'égout collecteur du village, se rendant, à ciel ouvert, dans la Seine. J'engageai mon ami à choisir, pour l'année suivante, une autre villégiature, ajoutant que l'enfant était très probablement victime de ce voisinage pestilentiel. Alors le Dr B... m'apprend que, depuis l'ouverture de cette tranchée malsaine, le village est ravagé par la fièvre typhoïde. Il y en a, en ce moment, me dit-il, plus de trente-cinq cas pour une population ne dépassant pas cinq ou six cents habitants.

Tout récemment le frère du médecin étant venu de la Bourgogne pour passer quelques jours à G., fut pris d'une fièvre intermittente, obligé de faire usage de la quinine, et contraint de regagner la province.

Le lendemain dimanche, 3 septembre, j'apprends que l'enfant a passé une très mauvaise nuit ; le matin, elle a été prise de nouveau de fièvre intense, avec prostration effrayante. J'arrive à 4 h. après-midi. Je trouve l'enfant en pleine rémission. Le médecin de l'endroit, appelé le matin par le père effaré, s'était, en raison de l'épidémie régnante, prononcé pour l'existence d'une fièvre typhoïde. Malgré son opinion, en présence surtout de la rémission à laquelle j'assistais comme la veille, je maintiens mon diagnostic et ma prescription de sulfate de quinine.

Du 3 au 4, nuit mauvaise encore, nouvel accès et nouvelle rémission dans l'après-midi. Mêmes nouvelles fâcheuses le mardi ; je fais faire tous les préparatifs pour ramener l'enfant à Paris, comme j'en avais donné le conseil dès le dimanche. J'arrive à la campagne à 5 h., au moment où l'accès venait de se terminer franchement. Marthe fait assez bien le voyage ; mais à son arrivée elle est très fatiguée. La nuit du 5 au 6 est encore très mauvaise. A mon arrivée, le matin, le mercredi 6, je la trouve très accablée ; mais je crois pouvoir rassurer les malheureux parents qui, malgré l'évidence, rêvent de fièvre typhoïde, de méningite, etc.

Mêmes inquiétudes la nuit du 6 au 7. Le matin du 7, je m'efforce de prouver à mon jeune ami, le Dr B..., que l'enfant n'a ni fièvre typhoïde, ni méningite. Le soir, à 5 h., l'enfant se tient debout, sur les bras de sa mère et se comporte comme dans les rémissions les plus franches des jours précédents. Je

la quitte plein d'espoir, essayant de faire partager cet espoir par les parents.

Le vendredi 8, à 7 h. du matin, le D^r B... vient me dire qu'il a perdu tout espoir, la nuit ayant été affreuse, l'enfant constamment agitée, poussant des cris, puis tombant dans une prostration effrayante. Il me demande la permission d'appeler un de nos amis communs, l'un des médecins les plus justement réputés pour les maladies de l'enfance. J'accepte cette proposition avec joie. Par suite d'un malentendu, j'arrive quelques heures après le départ de notre confrère Z... Celui-ci, au récit que lui a fait le D^r B..., et tenant compte de l'opinion du médecin du village, s'était prononcé, comme ce dernier, pour une fièvre typhoïde. Néanmoins il avait insisté pour que le *sulfate de quinine* fût continué comme les jours précédents. Je trouve l'enfant endormie, reposant tranquillement sur le lit de sa mère ; les membres très souples, en position des plus naturelles ; je ne la réveille pas, tout en lui tâtant le pouls, en me rendant compte de la chaleur de la peau qui est peu élevée. Malgré l'autorité de notre éminent confrère Z..., je repousse avec plus de fermeté que jamais l'idée de la fièvre typhoïde. J'annonce aux parents qu'après un sommeil prolongé, l'enfant se réveillera en aussi bonne disposition que la veille. C'est ce qui arrive en effet. A 5 h. du soir, l'enfant est beaucoup mieux, très éveillée, très attentive à ce qui se passe autour d'elle ; beaucoup plus gaie que pendant les rémissions des jours précédents. Cette fois, je suis

plus affirmatif encore que le matin ; j'annonce la convalescence.

La nuit suivante est meilleure ; la journée de samedi se passe bien ; celle du dimanche 10 septembre également ; nuit bonne encore, comme les deux précédentes, du dimanche au lundi 11 septembre. Le matin du lundi, je trouve l'enfant réellement bien, mais très pâle ; je percute et je palpe le foie et la rate ; je les trouve excessivement développés. J'engage mon ami le Dr B... à continuer le *sulfate de quinine* de deux jours l'un, puis de trois jours l'un, puis de quatre en quatre, de cinq en cinq jours ; et, en même temps, je prescris l'*arsenic* à la dose d'un milligramme en deux jours.

Comme je me retirais, je rencontre dans l'escalier le Dr Z... Je remonte avec lui ; je lui fais examiner le foie et la rate. Il reconnaît gracieusement que nous avons eu affaire à une fièvre intermittente ; il approuve la prescription d'*arsenic* ; mais il demande que la dose soit portée progressivement d'un à trois milligrammes, les enfants, selon lui, supportant admirablement ce médicament. J'y consens volontiers, me réservant de surveiller les effets des doses lentement progressives.

La guérison ne s'est pas démentie ; l'appétit est revenu peu à peu ; deux dents ont fait leur apparition tardive dans les deux mois qui ont suivi. Par toutes sortes d'artifices, le père a pu faire accepter à l'enfant le *sulfate de quinine* longtemps encore, comme il l'avait fait pendant cette crise violente. La dose d'*arsenic* n'a jamais dépassé deux milligrammes en

vingt-quatre heures. La petite Marthe a conservé toute sa gaieté, tout son entrain. A partir du 20 septembre, on a pu la promener ; son teint est redevenu rosé, et, à l'heure où j'écris cette relation, dix mois après la maladie, il n'y a pas eu le moindre retour offensif de la fièvre intermittente, et l'enfant n'a pas éprouvé le moindre malaise.

Les rémissions ont toutes été caractérisées par la chute du pouls de 130 ou 120 à 100 ou 92 ; par la diminution sensible de la chaleur, par le retour à un bien-être relatif. J'ai écarté l'hypothèse de la fièvre typhoïde, parce que, ni la physionomie, ni la langue, ni le ventre, ni les fonctions intestinales, n'en ont présenté à aucun moment aucun signe. J'ai écarté l'hypothèse de la méningite, parce que l'enfant, au milieu de ses agitations, n'a jamais présenté ni mouvements nerveux, ni convulsions, ni strabisme, ni coloration insolite d'un côté de la face, ni constipation, ni rareté, ni suppression des urines, et qu'elle a toujours conservé la souplesse des membres et le plus grand naturel dans leurs mouvements ou dans leur position.

Notre confrère, le Dr Z..., a été induit en erreur par l'opinion du médecin de G..., par la situation de ce village, à proximité d'un autre village C..., également sur les bords de la Seine, et dans lequel le Dr Z... avait, en ce moment même, beaucoup de fièvres typhoïdes à soigner.

Si, au point de vue de la contagion ou de l'infection, il n'y a pas un rapport évident à première vue entre la fièvre intermittente d'une part, et, d'autre

part, la diphthérie et la fièvre typhoïde, un examen très attentif ne tarde pas à montrer que le rapprochement va, sinon jusqu'à l'identité, du moins jusqu'à la similitude.

Pour la fièvre typhoïde, quel est le point de départ, le foyer de la contagion selon le plus grand nombre, de l'infection selon moi ? Les émanations, les sécrétions et les excréments des malades contaminant directement l'air ambiant, l'eau servant à la boisson; médiatement, le lait servant à l'alimentation, etc., etc. De même, pour la diphthérie, les produits morbides contaminant l'air ambiant, quoiqu'on ne les y ait pas encore découverts et qu'on ne les ait pas davantage démontrés dans l'eau, le lait, etc.

Pour la fièvre intermittente, quel est le foyer d'infection ou de contagion ? Le marais, le ruisseau, l'égout, chargés de débris organiques dont les émanations contaminent l'air ambiant; en un mot, répandant dans l'atmosphère le *miasme* qui la souille selon l'étymologie.

Dans le cas particulier, que se passe-t-il à G.... ? Les miasmes répandus par l'égout développent une double endémo-épidémie de fièvres typhoïdes et de fièvres intermittentes. Quel bel argument pour les contagionnistes que cette épidémie de fièvres typhoïdes frappant plusieurs membres dans une même famille, plusieurs personnes dans le voisinage de cette famille, un grand nombre d'habitants dans un même village ! Et comment n'accusent-ils pas aussi la contagion de la propagation dans ce même village, dans un même cercle, dans une même famille, de la

fièvre intermittente ? Dans la maison habitée par ma petite malade, il y avait cinq autres personnes ; aucune d'elles n'a pris la fièvre intermittente, ni le père, ni la mère, ni l'oncle, ni les deux servantes. Mais si ces cinq personnes eussent été mal disposées comme l'enfant, elles eussent cédé peut-être à l'influence infectieuse ; elles eussent eu toutes les cinq la fièvre intermittente ; et, alors, n'aurait-on pas été en droit d'imputer à la contagion cette épidémie domestique, au même titre que le font les médecins les plus éminents, entraînés par les récits des médecins de campagne, pour la fièvre typhoïde ?

Ce fait si général des endémies de fièvre intermittente aurait dû, depuis longtemps, donner à réfléchir aux contagionnistes. Or, depuis une trentaine d'années bientôt, la fièvre intermittente a paru à Paris et dans les environs sous forme de petites épidémies.

Le cas de G... en est un exemple. — Depuis quelques années, ces poussées épidémiques se sont rapprochées ; la fièvre intermittente règne maintenant à Paris et dans un rayon assez étendu aux alentours, à l'état endémique, comme la fièvre typhoïde, comme la diphthérie. Les faits bien interprétés conduiront bientôt les contagionnistes à pousser leurs raisonnements à l'extrême et à conclure que, si la fièvre typhoïde, la diphthérie, la variole, l'érysipèle, la scarlatine, la rougeole, etc., sont contagieuses, les fièvres intermittentes le sont aussi rigoureusement. Ce jour-là, c'en sera fait, je l'espère, de la contagion par la réduction à l'absurde.

Dr A. CRETIN.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

SERVICE de M. le D^r JOUSSET.

(Suite).

Lit n° 3. — Salle des hommes. — Fièvre typhoïde, forme commune.

M..., 17 ans, italien. — Entré le 23 décembre, sorti le 27 janvier.

Malade depuis 15 jours environ. Céphalalgie, vertiges, perte d'appétit, pas d'épistaxis, ni gargouillement, ni taches. Ventre un peu ballonné ; pression fosse iliaque douloureuse. Langue caractéristique. Le 23 décembre. Temp. s. 40.1. *Aconit* T. M.

Le 24 décembre. — Diarrhée fétide cette nuit, 3 selles. Temp. m. 39.2 et s. 40.1. *Aconit* T. M. 10 gouttes et *muriatis acid.*, 3^e dil., 3 gouttes.

Le 25 décembre. — Un peu de matité splénique ; léger gargouillement. Temp. m. 39.3 et s. 40.2. *Muriatis acid.*, 3^e dil.

Le 26 décembre, 10^e jour. — Pas trop d'agitation la nuit. Diarrhée modérée, moins fétide. Quelques taches. Moins de fièvre. Même traitement.

Le 27 décembre, 11^e jour. — La langue est un peu moins sale. Il y a toujours moins de diarrhée. Même traitement. Temp. m. 39.4 et s. 39.5.

Le 28 décembre, 12^e jour. — Puls. 90. Temp. m. 39.4 et s. 40.0. Même traitement.

Le 30 décembre, 14^e jour. — Presque plus de diar

rhée. Temp. s. 38.5 seulement. Le malade se trouve plus affaibli. *Arsenic*, 3^e trit.

Le 1^{er} janvier, 16^e jour. — La température remonte un peu le soir. Epistaxis abondante : Véritable hémorrhagie nasale. *Ipeca*, 1^{re} décim., 25 centigrammes. Temp. s. 39.8.

Le 2 janvier, 17^e jour. — Pas de nouvelle épistaxis. Puls. 94. Temp. m. 38°. Même traitement. Temp. s. 39.5.

Le 3 janvier, 18^e jour. — Même état. *Arsenic*, 3^e trit. Temp. s. 39°.

Le 4 janvier, 19^e jour. — Même état, même traitement. Temp. s. 39°.

Le 5 janvier, 20^e jour. — Le malade se plaint d'avoir beaucoup toussé dans la soirée et la nuit. Râles sibilants et sous-crépitants. *Ipeca* et *bryone* (3^e).

Le 6 janvier, 21^e jour. — La fièvre est tombée complètement. On continue le même traitement jusqu'au 11, époque de la disparition complète de la toux.

Le malade, qui avait repris à manger depuis plusieurs jours, commence à se lever vers le 14 janvier. La convalescence s'achève sans aucune complication et le malade sort complètement guéri le 27 janvier.

Remarque. — Ceci est un cas classique ; la température a été très élevée pendant le 2^e septenaire et les grandes oscillations n'ont commencé que pendant le 3^e septenaire. *Aconit* au début, *Muriatis acidum* ensuite, puis, à cause de la grande prostration avec température élevée *arsenic*, ont constitué tout le traitement. *Ipeca* 1^{re} décimale a été prescrit contre une épistaxis devenu inquiétante par son abondance.

Lit 3. — Salle des femmes. — Fièvre typhoïde, forme grave. — Mlle..., 15 ans. — Entrée le 9 décembre, décédée le 8 janvier.

Pas de maladies antérieures. Un frère et une sœur traités le mois précédent pour une fièvre typhoïde.

Alitée depuis 3 jours, mal en train depuis 15.

Au début, céphalalgie s'accompagnant de vertiges. Epistaxis, courbature générale. Depuis une semaine environ, perte complète de l'appétit.

En ce moment langue sale, rouge à la pointe. Gargouillement manifeste fosse iliaque droite. Ventre peu ballonné, mais douloureux. Toux et diarrhée modérée ; pas de taches ; facies typhique.

Du 9 au 12 décembre, 7^e jour. — Rien de bien saillant dans l'état du malade. La diarrhée est seulement devenue chaque jour plus abondante. La température est de 40° chaque soir avec peu ou point d'abaissement matinal. Il n'y a pas de taches. *Muriatis acid.*, 3^e dil., 2 gouttes.

Le 13 décembre, 8^e jour. — Même état. Temp. m. 39.8, s. 40°. Même traitement.

Le 14 décembre, 9^e jour. — Sommeil agité voisin du délire. Beaucoup de diarrhée. Même traitement.

Le 15 décembre, 10^e jour. — Langue très sèche. Selles toujours très fréquentes, mais petites. Malade se plaint beaucoup des reins : *quelques taches difficiles à constater. Corrosivus 3*, 2 gouttes.

Le 16 décembre, 11^e jour. — Moins de diarrhée, mais pupilles dilatées ; extrémités refroidies, somnolence. *Opium 3*.

Le 17 décembre, 12^e jour. — Mieux, un peu moins de diarrhée, pas de nouvelles taches. Même traitement.

Le 18 décembre, 13^e jour. — Beaucoup moins de diarrhée, mais toujours un peu de somnolence. La nuit subdélirium. Toux plus fréquente. *Tartarus emetic.* 3.

Le 19 décembre, 14^e jour. — Même état. La température a toujours oscillé jusqu'ici entre 40° et 39°. Même traitement.

Le 20 décembre, 15^e jour. — Toux plus grasse, râles humides, nombreux, disséminés dans les deux poumons. Temp. s. 39.6. Même traitement.

Le 21 décembre, 16^e jour. — Stupeur extrême avec adynamie complète. Pas de selles involontaires cependant. Temp. s. 39.6. *Tartarus emet.* 3, et *arsenic. alb.*, 3., 20 cent.

Le 22 décembre, 17^e jour. — La malade reste prostrée tout le jour ; la nuit un peu d'agitation. Toux fréquente. Temp. s. 39.6. Même traitement.

Le 23 décembre, 18^e jour. — Râles fins, sous-crépitants nombreux, surtout en arrière et à droite. Submatité même région. Surdité très prononcée. Même traitement. Temp. s. 40.2.

Le 24 décembre, 19^e jour. — La diarrhée a repris cette nuit : selles involontaires très abondantes. Ce matin, l'état est extrêmement grave, la malade affaissée, la température est tombée à 35°, différence de 5.2 avec la veille au soir. La face est violacée ; la respiration froide et difficile, le pouls défaillant. Traitement, *sulfate de quinine* 1 gr. 50. Le soir grande amélioration, la température remonte à 40.3.

Le 25 décembre, 20^e jour. — Nouvel accès beaucoup moins fort, mais déplacé comme heure. Ainsi le matin la température est à 39.5 et le soir à 37°. La malade a encore pris un gramme de *sulfate de quinine*. La diarrhée continue.

Le 26 décembre, 21^e jour. — Temp. m. 38° et s. 39.4. Pas d'accès, diarrhée diminue ; soif vive ; grande agitation vers le soir. *Sulfate de quinine*, o gr. 50, et *belladone* 3, 3 gouttes.

Le 27 décembre, 22^e jour. — Temp. m. et s. 39°. Selles toujours involontaires, mais moins abondantes et plus rares. Toujours toux. *Ipeca* 3, et *bryone* 3.

Le 28 décembre, 23^e jour. — Un peu mieux, moins de fièvre, mais un peu de rougeur de la face vers le soir. Temp. m. 37.8 et s. 38.5. Même traitement.

Le 29 décembre, 24^e jour. — Un frisson dans la journée. Temp. à 3 heures de l'après-midi 39.6 et s. 40. Même traitement.

Le 30 décembre, 25^e jour. — Même état. Temp. m. 39.7 et s. 40.2. Ascension thermique en escalier depuis le 28 décembre. *Tartarus emet.* 3, et *arsenic. alb.*, 3^e trit, 20 cent., ou *sulfate de quinine*, o gr. 75, si frisson, mais il n'y en a pas eu de nouveau.

Le 31 décembre, 26^e jour. — La malade a été plus agitée cette nuit, un peu de délire. Il y a eu de nouvelles selles involontaires assez abondantes. Rémission matinale peu marquée : un dixième de degré seulement. Même traitement.

Le 1^{er} janvier, 27^e jour. — Temp. m. 39,3 et s. 40.

Vomissements jaunâtres le matin ; vomissements verts dans la journée. Diarrhée très fétide involontaire. *Phosphori acid.*, 2^e dil., 3 gouttes, et *belladone* 3, 3 gouttes.

Le 2 janvier, 28^e jour. — Les nuits sont toujours très agitées et la diarrhée abondante et involontaire. *Phosphori acid.*, 1^{re} dil., 4 gouttes, et *belladone* 3, 3 gouttes.

Le 3 janvier, 29^e jour. — Il n'y a pas eu de nouveaux vomissements, mais par ailleurs l'état est à peu près le même. Diarrhée la même. *Phosphori acid.*, 1^{re} dil., 10 gouttes, et *belladone* 3.

Le 4 janvier, 30^e jour. — Peut-être les selles ont-elles été moins fréquentes, mais elles restent toujours très fétides. Soif très vive ; délire bruyant. *Phosphori acid.* 1^{re} dil., 20 gouttes, et *belladone* 3.

Le 5 janvier, 31^e jour. — La malade a gesticulé et parlé une partie de la nuit ; elle a même essayé plusieurs fois de quitter son lit. *Secale cornutum* 3 et *hyosciamus* 3, 3 gouttes.

Le 6 janvier, 32^e jour. — Un peu moins de diarrhée, mais la malade est plus agitée que jamais, cris de bêtes fauves. Pupilles normales, absence de raideur, de douleur le long de la colonne vertébrale. *Secale cornutum* 3 et *stramonium* 3.

Le 7 janvier, 33^e jour. — Même état le matin. Même traitement. L'état de la malade s'aggrave rapidement dans la journée. Vers 3 heures de l'après-midi, elle est prise de convulsions et de spasmes très douloureux qui lui font pousser des cris aigus et l'empêchent d'avaler même les liquides. A dix heures soir,

les traits sont altérés, les accès de convulsions sont plus fréquents ; ils s'accompagnent de trismus, d'opisthotonos et de torsion des membres supérieurs. Le pouls est petit, très vite. A minuit, tremblement continu, angoisse extrême ; commencement de cyanose, refroidissement des extrémités. Décès vers 4 heures du matin.

Remarque. — Quels sont les signes qui pouvaient faire prévoir l'issue fatale de cette fièvre typhoïde ? Y a-t-il eu des fautes commises dans le traitement ?

La somnolence, la prostration profonde, le délire, une bronchite intense, une diarrhée extrêmement abondante annonçaient que la tête, les poumons et l'intestin étaient pris à la fois, mais la température n'était pas excessive : 39° le matin et 40° le soir, aussi nous n'avons pas eu d'inquiétude, jusqu'à l'accès algide survenu le 19^e jour. J'ai rarement vu un état aussi grave ne pas entraîner une mort immédiate. La température, à 40.5 le soir, étant tombée à 35° au matin, avec un véritable état d'agonie, un gramme cinquante de *sulfate de quinine* fut administré en une heure et le soir la température regagnait 40.3 ; le lendemain matin, elle était à 39.5, et malgré un autre gramme de *sulfate de quinine*, nous avions un autre accès, mais beaucoup moins fort et déplacé, car le soir la température tombait à 37°.

Cet accès algide épouvantable fut conjuré par le *sulfate de quinine* ; mais la maladie prit dès lors une marche très grave. La température se maintint plusieurs jours au-dessus de 40°. Une diarrhée exces-

sive, des vomissements verdâtres abondants, la prostration croissante faisaient prévoir une issue fatale, et la mort arriva le 37^e jour dans des convulsions épouvantables.

Après l'accès pernicieux, la bronchite devenue très intense nous fit insister pendant plusieurs jours sur *ipeca* et *bryone* ; puis la diarrhée involontaire avec délire sur *phosphori acidum* et *belladone*. Puis l'état devenant de plus en plus grave, nous donnons *secale cornutum* et *stramonium*. Mais l'élévation extrême de la température indiquait peut-être de préférer l'*arsenic*, qui ne fut donné que deux jours, le 25^e et le 26^e.

Lit n° 4. — Salle des femmes. — Métrite : fièvre typhoïde intercurrente. — Mlle..., 22 ans, ouvrière. — Entrée le 1^{er} janvier, sortie le 21 mars.

Anémie profonde, souffle très doux et peu marqué à la base du cœur, décoloration manifeste des tissus : règles faibles ; peu d'appétit ; digestions pénibles. Nervosisme, inégalité d'humeur ; sujet très impressionnable. Toux nerveuse ; auscultation négative, peut-être un peu d'expiration prolongée ??

En ce moment la malade se plaint surtout de douleurs vives, région ovarienne gauche et région pubienne. Douleurs augmentant par le mouvement, revenant surtout la nuit, sous forme d'élancements. Un léger mouvement fébrile chaque soir ; sueurs la nuit.

Le 12 janvier. — Temp. s. 38,2, *sulfur*. 30, ainsi que le 13. Le 14 on cesse tout traitement à cause des règles ; 3 jours seulement, sang décoloré.

Le 18 janvier. — Moins de fièvre le soir depuis quelques jours, mais douleurs plus vives ; sueurs plus abondantes. *Secale cornutum* 3, 20 cent.

Le 20 janvier. — La fièvre est tombée avec les sueurs. Un peu moins de douleur, mais appétit nul. Même traitement.

Le 23 janvier. — Les douleurs ont repris très vives cette nuit, mais pas de fièvre ni de sueurs. *Bryonia*, 3^e trit., 20 cent.

Le 25 janvier. — Les douleurs reviennent chaque soir vers 5 heures, mais de moins en moins vives. Les nuits sont bonnes. Même traitement.

Le 26 janvier. — La malade ayant souffert davantage la nuit précédente, on ajoute les *pointes de feu* au traitement par la *bryone*.

Jusqu'au 30 janvier, la malade s'en trouve très bien et se croit guérie, mais elle ressent de nouveau quelques douleurs dans la soirée.

Le 31 janvier. — On revient à *bryonia*., 3^e trit., qu'on continue jusqu'au 8 février.

La malade avait repris son entrain et recommençait à manger : on l'autorisait à se lever et la guérison paraissait certaine, quand on voit survenir une complication inattendue.

La malade est prise de céphalalgie et d'un dégoût profond pour les aliments dans les journées du 7 et du 8 février.

Le 9 février. — Temp. s. 38.6. Céphalalgie plus vive ; insomnie ; épistaxis. *Nux vomica* 6.

Le 10 février. — Temp. s. 39.2. Nouvelle épistaxis ; un peu de diarrhée. Même traitement.

Le 11 février. — Temp. 39.7. Ventre plus douloureux à gauche et sensible à droite. Pas de nouvelles selles. Même traitement.

Le 12 février. — Temp. s. 40°. Langue jaunâtre ; la malade se plaint de l'estomac. Fièvre augmente. *Aconit* 1^{re} trit., 20 cent.

Le 13 février. — Temp. s. 40°. L'insomnie persiste avec céphalalgie. Il n'y a ni diarrhée, ni taches. Même traitement jusqu'au 15 février où une nouvelle épistaxis étant survenue on donne *Ipeca* 1^{re} décim. Ce jour et le suivant, la malade tousse un peu ; il n'y a toujours pas de taches. Débâcle à la suite d'un lavement.

Le 17 février. — Temp. s. 39.6. Grande faiblesse s'accompagnant d'un amaigrissement notable. Quelques râles fins disséminés dans les deux poumons. *Phosphorus* 12.

Le 18 février. — Temp. s. 40°. Appétit et sommeil nuls. Langue sale, mais humide. Un peu moins de ballonnement du ventre et de douleur. Même traitement.

Le 20 février. — La malade tousse moins ; elle est moins agitée la nuit. La température reste néanmoins très élevée, 40.2. Même traitement.

Le 21 février. — Temp. s. 39.4 seulement. La malade se trouve mieux. Même traitement.

Le 23 février. — Même état ; même traitement.

Le 24 février. — Temp. s. 38.4. La malade a un peu reposé cette nuit ; elle ne tousse presque plus. La céphalalgie tend à disparaître. Même traitement.

Le 27 février. Temp. s. 37.5. La malade entre en

convalescence ; les nuits sont bonnes ; l'appétit revient. Même traitement.

A partir de ce jour, la convalescence s'affirme et dès le 6 mars, il ne reste guère à la malade qu'un léger point douloureux au siège primitif du mal antérieur. *Bryone* 3, jusqu'au 16 mars, puis *taraxacum* 3, jusqu'à la sortie le 21 mars.

C'est le seul cas de *fièvre typhoïde intérieure* que nous ayons constaté. Le diagnostic me semble indiscutable malgré l'absence de taches ; les épistaxis, la diarrhée et surtout un mouvement fébrile qui n'a cessé que le 17^e jour et qui atteint 40 degrés, pendant une partie de sa durée, constituent un ensemble de symptômes qui n'appartient qu'à la fièvre typhoïde. La température a, pendant toute la durée de la maladie, affecté le type des grandes oscillations.

Lit n° 7. — Fièvre typhoïde forme bénigne. — Mme..., 35 ans. Entrée le 5 décembre, sortie le 25 même mois.

Malaise depuis une dizaine de jours. *Céphalalgie*, perte d'appétit et de sommeil. La malade a été purgée 3 jours avant d'entrer à l'hôpital ; il n'y a pas eu de nouvelles selles depuis cette époque. Pas de taches, pas de gargouillement ; langue rouge à la pointe.

Le 5 décembre, 5^e jour. — Temp. m. 38.8 et s. 40°. *Aconit*, 1^{re} trit., 20 cent

Le 6 décembre, 6^e jour. — Même état. Même traitement. Temp. s. 40°.

Le 7 décembre, 7^e jour. — On constate quelques taches ; il n'y a toujours pas de gargouillement, et la malade n'ayant pas eu de garde-robes depuis son entrée, on doit lui faire prendre un lavement. Quelques râles de bronchite. Même traitement.

Le 8 décembre, 8^e jour. — Temp. m. 38.5 et s. 39.6. Pulsations 96. Véritable débâcle à la suite du lavement. Diarrhée fétide. *Muriatis acid.* 3°.

Le 9 décembre, 9^e jour. — Temp. m. 37°. Puls. 80. Malgré cette brusque défervescence, la malade ne trouve pas grand changement dans son état. Elle se plaint même davantage de la tête, la diarrhée continue, 3 à 4 selles. *Muriatis acid.* 3, et *belladone* 3.

Le 10 décembre, 10^e jour. — Temp. 37.4 et s. 38.4. Même état. Même traitement.

Le 11 décembre, 11^e jour. — La malade a passé une bonne nuit, la diarrhée a cessé. *China* 3.

A partir de ce jour, la convalescence s'affirme. La malade est entrée dans la période des grandes oscillations, qui continuent jusqu'au 17 décembre environ ; après quoi la fièvre se supprime complètement.

La diarrhée n'est pas revenue; on doit au contraire avoir recours aux lavements. Il reste seulement un peu de faiblesse ; le sommeil et l'appétit ne sont pas non plus complètement revenus, mais la malade doit quitter l'hôpital pour affaires le 25 décembre. *China* 3.

Remarque. — Cas de fièvre typhoïde bénigne terminée le 11^e jour. C'est un vrai triomphe pour *bapti-*

sia. J'instituai le traitement classique par *muriatis acidum* et *belladone*. Les grandes oscillations ont dominé chez cette malade comme chez la plupart de nos typhoïdes cette année.

Lit n° 8. — 1^{re} *Synoque*. — Mlle., 11 ans. Entrée le 2 décembre, sortie le 15 du même mois.

Alitée depuis 2 jours ; courbature générale. Pas d'épistaxis ; ventre un peu douloureux.

Le 2 décembre. — Temp. s. 38,8. *Aconit T. M.*

Le 3 décembre. — Temp. m. 37,8 et s. 39,3. Pas de gargouillement ni diarrhée, mais céphalalgie assez vive ; malade se plaint de la gorge qui est seulement un peu rouge. *Aconit T. M.* et *belladone 3*.

Le 4 décembre. — Malade se trouve mieux de sa gorge, mais se plaint davantage de la tête. La nuit a été un peu agitée. Même traitement.

Le 5 décembre. — La céphalalgie diminue ; il reste seulement de la fièvre le soir et un peu d'agitation la nuit. *Antimonium crudum 3*.

Le 7 décembre. — L'appétit commence à revenir ; la langue est moins blanche. La malade tousse un peu. *Ipeca*, 3^e dilut.

Le 10 décembre. — Il n'y a plus de fièvre du tout, quelques râles de bronchite. *Bryone 3* et *ipeca 3*, à alterner jusqu'à la sortie le 15 décembre.

2^e *Phlébite*. — Mlle., 28 ans, domestique. Entrée le 24 décembre, sortie le 1^{er} janvier.

Gerçures et excoriations à la main droite. Eczema.

— Il y a 8 jours environ, la malade a éprouvé une certaine difficulté à se servir de son bras droit ; puis

l'avant-bras est devenu rouge, gonflé, douloureux.

En ce moment, le gonflement occupe tout le membre supérieur : la peau est tendue, lisse, sans trop de rougeur ; tout mouvement de flexion de l'avant-bras sur le bras est rendu impossible. L'examen, très douloureux d'ailleurs, permet néanmoins de constater un cordon assez gros et dur étendu à la partie antérieure du bras.

Le 25 décembre. — Repos absolu. *Belladonna* 3, puis *collodion*.

Dès le 27 décembre, le gonflement a beaucoup diminué, la douleur est surtout moindre ; quelques cataplasmes d'amidon pendant ces deux jours ont heureusement modifié le mauvais état de la main.

Le 28 décembre. — La diminution notable du gonflement, l'absence presque complète de douleurs permettent de procéder à un examen plus complet. On constate bien nettement un cordon dur, fibreux, étendu du pli du coude au creux axillaire croisant obliquement le bras, occupant ainsi un peu irrégulièrement le trajet ordinaire de la veine céphalique. *Hamamelis*, 3^e dil., 3 gouttes.

Le 29 décembre.— La douleur a complètement disparu ; les mouvements de flexion sont revenus : par prudence, on conseille toujours le repos à la malade. Même traitement jusqu'à la sortie.

La malade demande à quitter l'hôpital le 1^{er} janvier. Il n'y a plus le moindre gonflement ; les mouvements de flexion sont aussi faciles qu'à l'ordinaire, nullement douloureux.

Remarque. — C'est habituellement la lymphangite qui succède aux inflammations cutanées, mais ici il ne saurait y avoir de doute sur le diagnostic. La grosseur du cordon inflammatoire égalait le petit doigt. Son trajet était celui des veines du bras, enfin il n'y avait pas de ganglions engorgés, nous avons prescrit d'abord *belladone*, parce que nous croyions à une lymphangite, mais lorsque le diagnostic a été bien établi, nous avons donné *hamamelis*.

Lit n° 6. — Salle des femmes. — Bronchite chez une phthisique. — Mme. . . , 32 ans. Entrée le 16 janvier, sortie le 5 février.

Tousse depuis 15 jours environ ; depuis quelques années nous dit être sujette à s'enrhumer facilement.

Le 16 janvier. — *Drosera* 3, à cause de la toux qui revient par quintes.

Le 17 janvier. — La nuit a été assez calme et la malade prétend avoir moins toussé que d'ordinaire. L'expectoration est assez abondante : les crachats sont blancs, filants. On trouve à l'auscultation de nombreux râles sibilants et muqueux. Avec cela, une soif vive et beaucoup de faiblesse. *Drosera* 3, et *arsenic* 3.

Le 18 janvier. — Les quintes revenant surtout la nuit, on donne *hyosciamus* 3, et *arsenic* 3.

Le 22 janvier. — Il y a un mieux sensible à l'auscultation : à peine s'il reste quelques râles à gauche, mais on constate quelques craquements humides au sommet droit.

Les quintes ont disparu, pour faire place à une toux franche, grasse. *Kermès*, 1^{re} trit., 20 cent.

Le 24 janvier. — Les quintes ont repris cette nuit. Les râles sont un peu revenus : ils semblent surtout se cantonner au voisinage du sommet droit. Diarrhée assez abondante depuis hier. *Ipeca*, 3^e dil., trois gouttes.

Le 26 janvier. — La diarrhée diminue ; la toux est toujours fréquente, surtout la nuit. *Hyosciamus* 6, 2 gouttes. Même traitement jusqu'au 29 où les quintes reviennent accompagnées de vomissements. *Drosera* 6, deux gouttes.

Le 30 janvier. — Même état. — Même traitement.

Le 31 janvier. — Il n'y a eu de vomissements que le soir. On engage la malade à se coucher pour prendre son repas. *Drosera* 3.

A partir du 2 février, les vomissements n'ont pas reparu et l'état de la malade est allé en s'améliorant jusqu'à la sortie, le 5 février.

L'action favorable des médicaments a été très évidente dans cette observation. *Hyosciamus* qui réussit si bien dans les toux nocturnes, n'a pas empêché les quintes avec vomissement, et nous avons été obligé de prescrire le *Drosera*, médicament classique de ce symptôme.

Lit n° 5. — Salle des femmes. — *Phlébite* dans les veines variqueuses de la jambe. — Mme..., 29 ans, cravatière. Entrée le 12 janvier, sortie le 13 mars.

Fièvre typhoïde il y a 3 mois ; dans le courant de la convalescence, la jambe s'est comme engourdie au

dire de la malade et depuis les mouvements ne sont pas revenus. Jambe droite très gonflée (la malade est amputée de la jambe gauche) ; l'œdème envahit surtout les malléoles et tout le mollet au point de rendre les mouvements de flexion impossibles ; tout mouvement est d'ailleurs très douloureux.

La malade est accouchée il y a 6 mois : mais elle était complètement remise de ses couches au moment de sa fièvre typhoïde.

Pas de douleurs en ceinture, ni sur le trajet de la colonne vertébrale. Sensibilité normale. En somme, mouvements volontaires possibles, n'étaient le gonflement et la douleur : donc pas de paralysie. *Pas d'albumine dans les urines.*

Le sujet est très impressionnable et hystérique au premier chef : après quelques jours de traitement dirigé contre ce dernier état avec *ignatia* 12, on donne l'*arsen. alb.* 3^e trit., contre l'œdème le 16 janvier et l'on continue ce médicament jusqu'au 27 janvier ; en plus repos absolu au lit. Dès le 22, la jambe est moins gonflée, les mouvements plus libres, la douleur moins vive.

Le 27 janvier. — La jambe ayant désenflé de moitié, on sent un paquet de veines oblitérées dont l'induration et les nodosités sont faciles à constater. *Pulsatill.* 6, jusqu'au 5 février.

A ce jour, il n'y a plus d'œdème qu'autour des malléoles ; inutile d'ajouter que la flexion est rendue possible, mais elle reste néanmoins douloureuse. *Hamamelis*, 3^e dil., jusqu'au 11 février. On ne sent presque plus le paquet vasculaire, mais les douleurs

sont un peu plus vives. Les règles sont en retard. *Pulsatill.* 6, jusqu'au 16 février, puis *arsen. alb.* 3, du 16 au 22 février.

Les règles sont revenues ; la malade va de mieux en mieux et commence à se lever, avec un bas élastique. *Hamamelis* 3, du 26 février, jusqu'à la sortie le 13 mars.

Ce cas est très vulgaire, mais l'impressionnabilité excessive de la malade constituait une véritable difficulté pour son examen, ce qui a rendu le diagnostic hésitant pendant les premiers jours.

Lit n° 4.— Catarrhe pulmonaire chronique. Pneumonie intercurrente. — M..., 50 ans, entré le 17 décembre, sorti le 26 janvier.

Ce malade tousse depuis 3 mois environ, mais se trouve un peu mieux depuis quelques jours ; il dit avoir déjà repris un peu de forces et d'appétit ; sa toux est moins fatigante, mais les quintes sont encore fréquentes, surtout la nuit, empêchant parfois tout sommeil.

A l'examen, sonorité normale, quelques râles sibilants et muqueux seulement ; peut-être un peu d'affaiblissement du murmure vésiculaire aux deux sommets surtout en arrière et à gauche. Bronchite simple. *Kermès*, 1^{re} trit., 10 cent, jusqu'au 22 décembre.

Le 22 décembre. — Le malade, qui allait de mieux en mieux chaque jour, a pris un léger refroidissement, et a toussé davantage cette nuit. *Arséniate d'antimoine*, 2^e trit., 20 cent.

Le 25 décembre. — Céphalalgie assez vive, un peu de fièvre. *Solubilis* 6 et *sulfur*. 6.

Le 27 décembre, 1^{er} jour. — Beaucoup de fièvre, temp. s. 40°. Le malade se plaint de la gorge, mais on ne trouve rien à l'examen. *Aconit* T. M. dix gouttes.

Le 28 décembre, 2^e jour. — Temp. m. 39° et s. 40.2. On perçoit du râle crépitant fin vers le tiers moyen du poumon gauche, grand affaiblissement. *Bryone* 6 et *ipeca* 6.

Le 29 décembre, 3^e jour. — Temp. m. 39.4 et s. 40.2. A droite râles sibilants ; à gauche, submatité au voisinage du sommet ; râles crépitants plus nombreux que la veille et bien manifestes ; crachats rouillés caractéristiques. *Bryone* 6 et *ipeca* 6.

Le 30 décembre, 4^e jour. — Temp. m. 39.4 et s. 39°. Le malade s'affecte beaucoup et est très affaibli. Même état. Même traitement.

Le 31 décembre, 5^e jour. — Temp. m. 39° et s. 39.4. On perçoit un souffle très net à gauche et en arrière, au tiers moyen, avec bronchophonie bien accentuée. Même traitement.

Le 1^{er} janvier, 6^e jour. — Un peu moins de fièvre, mais moral très affecté chez le malade qui est de plus en plus affaibli. Expectorations difficiles. *Tartar. emet.* 3^e trit.

Depuis le 2^e jour de la pneumonie, l'extrême affaiblissement du malade nous engagea à lui prescrire chaque jour quatre cuillerées d'eau-de-vie dans de l'eau.

Le 2 janvier, 7^e jour. — On perçoit toujours du

souffle. L'état général est plus satisfaisant. Moins de fièvre le soir. Temp. s. 38°. Même traitement.

Le 3 janvier, 8^e jour. — Pas de fièvre le matin, le soir seulement 37.8, souffle persiste ; on entend du râle crépitant de retour. Même traitement.

Le 4 janvier, 9^e jour. — La fièvre disparaît complètement ; le sommeil revient et le malade demande à manger. Même traitement jusqu'au 8 janvier. A cette époque il ne resta plus au malade qu'un léger souffle accompagné de quelques râles, et l'on pouvait le regarder comme guéri ; mais il se plaint de douleurs vives, sous forme d'élançements dans les deux oreilles, en même temps que l'ouïe devient très dure.

Pulsatille 3, du 8 janvier au 14, diminue beaucoup la douleur, mais laisse toujours un peu de surdité au malade.

Silicea 30, qu'on donne ensuite jusqu'à la sortie, supprime complètement la douleur et améliore très sensiblement l'ouïe.

Lit n° 8. — Pneumonie en voie de régression. — Mlle..., 19 ans. Entrée le 23 janvier, sortie le 16 février.

Point de côté il y a 10 jours, accompagné d'un frisson violent. Depuis, quelques petits frissons journaliers. A eu des crachats rouillés.

Le 29 janvier au soir. — Temp. 39.8. On trouve à l'auscultation des râles crépitants d'inspiration, avec souffle et bronchophonie en arrière et à droite—tiers moyen — matité dans la même région. *Bryone* 12, 6

globules le jour et *phosphorus* 12, 6 globules la nuit.

Le 30 janvier. — Temp. m. 38.8. et s. 38.9. Il y a toujours un point de côté très pénible qui empêche la malade de reposer. Pas de crachats. *Bryone* 12, seulement.

Le 31 janvier. — Temp. m. 38.8 et s. 38.7. Un peu de mieux ; le point de côté est beaucoup moins fort et la malade aurait pu reposer cette nuit si elle n'avait pas beaucoup toussé. Elle se plaint de ne plus pouvoir cracher. La langue est toujours un peu sale. Quelques sueurs. *Bryone* 3 et *tartarus emeticus* 3.

Le 1^{er} février. — Chute brusque de la température, ce matin 36.2. Le point de côté a presque disparu ; on trouve une respiration un peu soufflante et quelques râles à l'auscultation. Même traitement.

Le 3 février. — La malade semble bien rétablie : on l'autorise à se lever. Plus rien à l'auscultation.

Le 6 février. — La malade étant sortie hier, a éprouvé un léger frisson et recommence à tousser. *Kermès*, 1^{re} dil.

Le 7 février. — Il n'y a pas de fièvre, mais le point de côté est revenu ; il y a un peu d'oppression. Même traitement.

Le 8 février. — Rien à l'auscultation ; peut-être un peu d'obscurité du son à la base et en arrière du poumon droit ? La malade se plaint du côté et de l'estomac. *Nux vomica* 6°.

Le 10 février. — La malade tousse toujours un peu ; l'appétit ne revient pas. Même traitement,

Le 12^e février. — La malade est réveillée dans la nuit une par violente douleur de côté. Auscultation négative. Névralgie. *Actæa racemosa* 3, 20 cent., jusqu'à la sortie 16 février. La malade quitte l'hôpital complètement remise cette fois.

Remarque. — Guérison par défervescence probablement, le 14^e jour de la maladie et le 4^e du traitement; convalescence entravée par un rhume, puis par une névralgie intercostale.

REVUE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

LATHYRISME ET BÉRIBÉRI (1).

Le *lathyrisme* et le *béribéri* ont fourni pendant trois ou quatre séances une ample matière aux discussions de l'Académie de Médecine, dont le résumé peut offrir quelque intérêt aux lecteurs du *Bulletin*.

I.

Le *lathyrus cicer*, gesse, jarosse, de la famille des légumineuses, est une plante cultivée comme fourrage dans certaines contrées de la France. On en voit des

(1) *Art médical*, août 1874. Du lathyrisme, par le Dr Tessier.

spécimens croître spontanément au milieu des blés. Depuis longtemps ses propriétés malfaisantes étaient connues, car de Lath la signale en 1770, dans un opusculé intitulé : « *Quadam venenata specie in comitatu Monsbelgardensi culta.* » Duvernoy d'après Cazin (1), Duvernoy la regarde comme vénéneuse et l'accuse de produire une sorte de paralysie, et Vilmorin a publié un cas de paralysie des extrémités inférieures chez une jeune femme qui avait fait usage du *Lathyrus cicer* pendant quelques semaines. D'autre part, si l'on consulte le *Dictionnaire du Jardinier* de Dow, ouvrage des plus sérieux et des plus savants, on y trouve cette affirmation très catégorique, que la farine du *lathyrus cicer*, mélangée de moitié avec la farine du blé, détermine la rigidité des membres. J'avais aussi rappelé, dans ma note de *l'Art médical*, que le tribunal de Niort avait admis la plainte d'un ouvrier qui avait été atteint de faiblesse extrême des extrémités inférieures, à la suite de l'usage prolongé d'un pain dans lequel entraient de la farine de jarosse, et que le maître de cet ouvrier avait été condamné à lui servir une rente de 50 francs. Enfin, pour ne rien omettre, la *Gazette des hôpitaux* de février 1861, publiait un travail de Kirch, dans lequel l'influence délétère du *lathyrus cicer* était signalée aux Indes et au Thibet. Irving avait relaté une épidémie de paraplégie douloureuse, qu'il attribuait à l'usage de l'alimentation par la gesse cultivée. Mais c'est surtout au professeur Cantani que nous devons une étude sérieuse du *lathyrisme*.

(1) Cazin. *Traité des plantes médicinales*, 4^e édition, 1876.

En 1873, ce savant professeur a décrit les accidents qui sont provoqués par cette légumineuse lorsqu'on vient à en faire usage, soit qu'on la mélange avec le maïs ou le blé, soit qu'on la mange seule et sans autre farineux. Le professeur Cantani a particulièrement observé trois frères ayant été soumis à l'usage d'un pain, dans lequel il entraient de la farine de *gesse*. Ces trois frères présentèrent, à des degrés divers, des phénomènes non équivoques de paraplégie. « Les lésions se montraient dans certains muscles affectés à la fois dans leur nutrition et dans leurs fonctions. Les muscles des fesses et ceux des membres inférieurs étaient évidemment amaigris, tandis que ceux des membres supérieurs avaient leur relief normal.

Couchés sur leur lit, ils faisaient assez bien mouvoir leurs membres inférieurs, ils étendaient vigoureusement leurs jambes, l'abduction se faisait assez bien, la flexion se faisait difficilement, la station debout et la marche étaient possibles au plus jeune, difficiles à l'aîné, impossibles, sans un solide point d'appui, au second.

Tous trois, en marchant, portaient le thorax très en avant, les fesses restant en arrière, de sorte qu'ils semblaient tomber d'un pied sur l'autre. En outre, ils posaient mal leurs pieds, deux d'entre eux les rapprochaient trop de la ligne médiane, la dépassant quelquefois, ce qui faisait croiser et accrocher leurs jambes; le troisième, le plus malade, marchait au contraire les jambes cintrées outre mesure. Enfin, tout le poids de son corps portait sur les articula-

tions métatarso phalangiennes, le talon ne touchait jamais le sol. La marche en arrière était encore plus difficile, et présentait les mêmes caractères.

Si on leur ordonnait de se tenir fermes sur leurs pieds, deux des malades pouvaient le faire à grand' peine et seulement pendant quelques minutes, s'ils n'étaient soutenus solidement; encore avaient-ils d'amples oscillations antérieures et latérales avec menace constante de chute; ils cherchaient instinctivement à obtenir l'équilibre en appuyant fortement les mains sur les hanches. *Si les malades fermaient les yeux pendant la station ou la marche, leur attitude ou leurs mouvements n'étaient nullement modifiés.*

Les réflexes étaient intacts, la sensibilité absolument conservée. La marche de la maladie fut différente chez les trois frères. A l'hospice de *Monte di Pietà di Casamicciola d'Ischia*, où ils séjournèrent un mois entier, on vit le plus jeune se rétablir assez complètement pour pouvoir rentrer chez lui; l'aîné n'eut qu'une légère amélioration, le cadet resta dans le même état. » (1)

Telles étaient les connaissances qu'on avait sur le lathyrisme, lorsque M. Proust fit sa communication à l'Académie de médecine le 3 juillet 1883.

II

Se trouvant en Kabylie au mois de mai de cette année, M. Proust observa une épidémie, qui a

(1) Voyez Cazin. Edition 1876.

débuté au commencement de l'année dernière, et qui, à une assez faible distance d'Alger, rayonne dans un espace étendu.

Sa communication repose sur dix cas observés pendant ce voyage, tous à peu près analogues et dont nous allons résumer la symptomatologie.

Chez tous les malades, à la suite *d'une nuit froide et humide*, la maladie débuta brusquement par des douleurs de reins s'étendant souvent aux membres inférieurs, quelquefois aux membres supérieurs, avec un léger tremblement. Il y eut quelquefois de l'anesthésie des membres inférieurs, toujours de la parésie ou de la paralysie motrice, toujours de l'incontinence d'urine et souvent des troubles des organes génitaux; puis, au bout de quelques jours, quelquefois d'un mois, les malades ont pu se lever et ont présenté la démarche caractéristique suivante: ils portaient le talon en l'air, le pied en extension et en adduction, avec contracture des muscles du membre inférieur, exagération des réflexes tendineux.

La plupart des malades étaient déjà en voie d'amélioration quand M. Proust les vit, et il paraîtrait que la plupart auraient guéri.

On peut voir que l'affection décrite par le professeur Cantani en 1873, et celle dépeinte dix ans après par M. Proust, présentent les mêmes symptômes. La seule différence, c'est que chez les malades arabes il y avait *quelquefois* de l'anesthésie et une exagération des réflexes, tandis que chez les italiens, les réflexes étaient intacts et la sensibilité conservée.

A quoi attribuer cette petite épidémie ? Interrogés par M. Proust, quelques Arabes lui répondirent : « Nous mangions des *djilbens* (1) ; comme nous commençons à devenir souffrants, nous y avons renoncé et la maladie a disparu ».

Dans toutes les observations, même réponse, même alimentation ; la gesse avait servi d'aliment à tous les malades. Seulement il est très probable que le froid humide joue le rôle de cause déterminante dans la plupart des cas, c'est-à-dire chez les gens prédisposés à la maladie par l'usage de la gesse.

Les mêmes phénomènes de paralysie ont été observés chez des porcs et des chevaux. En 1867, la jarosse ou gesse entra dans l'alimentation de 45 chevaux des omnibus de Rouen à raison de 2 litres par cheval et par jour, mélangés à 13 litres d'avoine. Au bout de quelques semaines, l'un des chevaux était atteint d'une grande faiblesse des reins ; puis de lumbago. Peu de temps après, il était pris de cornage et de dyspnée et succombait à une pneumonie.

29 chevaux sur 45 furent atteints de paralysie, de cornage, d'asphyxie, 9 moururent, 20 ont continué de corner et ont dû subir la trachéotomie. Chez les chiens on n'a pas observé d'accidents ; chez les lapins on déterminait la paralysie du train postérieur, quelques soubresauts tétaniques et la mort vers le quatrième jour.

Dans la séance du 10 juillet, M. Bouley confirma les faits dont on avait entretenu l'Académie, huit jours auparavant. Il communiqua une intéressante

(1) Gesse.

lettre qu'il venait de recevoir du D^r Gabory, dont voici un extrait :

.....

« Il y deux ans nos froments contenant beaucoup de jarzeau (gesse), on crut bon de l'utiliser, on le fit donc moudre avec de spetits grains et on le donna en nourriture à des canards, sous la forme de pâtée. Dès le premier jour, tous ces animaux crevèrent avec des symptômes d'ivresse, de somnolence et finalement de paralysie des pattes.

L'année dernière, on avait semé dans ma propriété de la jarosse pour coupage ; cinq de nos paons en mangèrent, trois périrent avec de la somnolence et de la paralysie ; les deux autres, également somnolents et paralysés, guérèrent, et le troisième jour il n'y parut plus.

Il est de connaissance générale, chez tous les cultivateurs de notre pays, que leurs oies périssent quant elles mangent de la jarosse à l'époque de la semence.

Les pigeons paraissent réfractaires au poison....

.....

Qu'a-t-on trouvé, par l'analyse, dans la graine du lathyrus ? M. Raoul Guérin, pharmacien à Paris, a cherché à élucider cette question, et le 7 août 1883, il a lu un travail à l'Académie, dont voici le résumé succinct :

Les graines de la gesse commune, traitées par un excipient convenable, contiennent deux corps absolument différents quant à l'aspect physique.

Le premier, d'aspect un peu gras, comme oléo-résineux, d'un vert foncé, susceptible de se prendre en une masse molle comme figée.

L'autre est un liquide sirupeux, de couleur jaune rouge foncé, non susceptible de solidification, possédant une odeur caractéristique de pois frais écrasé.

Ces deux corps sont solubles très inégalement dans les liquides suivants: éther, chloroforme, essence de térébenthine, sulfure de carbone, benzine.

Le chloroforme est le dissolvant actif de la substance jaune.

La benzine, l'éther, le sulfure de carbone, sont au contraire les dissolvants de la substance verte.

Ces deux corps, qui brûlent avec une flamme blanche pour la substance verte, et jaunâtre pour l'autre, paraissent être des hydrocarbures voisins des essences. Ils se sont rencontrés dans les proportions suivantes :

15 grammes de substance verte,
30 grammes de substance jaune,
pour deux kilogrammes de farine fine de gesse.

III

M. Le Roy de Méricourt, contrairement à l'opinion de ses collègues, MM. Rochard et Proust, veut trouver non seulement des analogies, mais une identité absolue entre le *béribéri* et la maladie causée par l'ingestion de la gesse, maladie à laquelle M. Proust propose de donner le nom de *lathyrisme médullaire spasmodique*.

M. Le Roy de Méricourt commence par dire qu'il ne fait allusion qu'au béribéri à forme paralytique, celui auquel certains auteurs, Fonssagrives, entre autres, réservaient le nom, aujourd'hui inusité, de *barbiers*. Les analogies entre la description faite par M. Proust du lathyrisme, et le béribéri à forme spasmodique sont : les troubles du mouvement et de la sensibilité, affectant surtout les membres inférieurs, survenant chez des sujets soumis, depuis longtemps, à une mauvaise alimentation et subissant l'action du froid ou de l'humidité froide dans des régions à température élevée.

C'est très bien ; mais nous ne comprenons pas pourquoi M. Le Roy de Méricourt fait une sélection parmi les formes de la maladie appelée béribéri, pour la rapprocher du lathyrisme. Les auteurs qui ont étudié et observé le béribéri, s'accordent à reconnaître, qu'on en observe généralement trois formes : l'une *paralytique*, dans laquelle les troubles de la motilité et de la sensibilité existent seuls et prédominent ; la seconde *hydropique*, caractérisée par les accidents dus aux suffusions séreuses ; enfin, la troisième, dite *mixte*, qui réunit à un degré plus ou moins prononcé, les accidents des deux premières. Qu'on ne vienne pas s'étonner, d'ailleurs, qu'une même maladie revête des formes si diverses. Pour n'en citer qu'une, rappelons que l'*ergotisme* se présente sous deux formes bien distinctes : l'*ergotisme gangreneux* et l'*ergotisme convulsif* ; et que chez certains sujets, les deux formes se confondent, ou du moins se superposent l'une à l'autre.

Du reste, le D^r Bourat a eu l'occasion de faire l'examen histologique de la moelle d'un individu mort le 31 octobre 1882, atteint de béribéri à forme mixte. On trouva une méningo-myélite diffuse, tandis que dans le *lathyrisme* les lésions paraissent systématiques.

En un mot, on peut dire que les deux maladies ont certaines analogies, mais on ne peut conclure de leurs analogies à une identité absolue; s'il est permis de faire une comparaison, je dirai que le *lathyrisme* est au *béribéri*, ce qu'est, par exemple, le typhus à la fièvre typhoïde.

IV

Cette discussion serait sans résultats, si nous n'en tirions pas quelques conclusions pratiques. Il paraît certain que nous avons dans le *lathyrus*, un modificateur de la moelle. Dès 1874, j'ai prié MM. Catellan, de me faire préparer la teinture et les dilutions du *lathyrus cicer*. Je l'ai expérimenté dans quelques cas d'ataxie locomotrice et dans deux cas de myélite diffuse. Malheureusement les malades, à qui je l'ai administré, étaient déjà très avancés, et le résultat a été à peu près nul. Mon ami le D^r Marc Jousset, a bien voulu aussi l'essayer chez une jeune malade atteinte de myélite transverse diffuse, mais la maladie était aussi trop avancée pour espérer un bon résultat du traitement. On ne doit pas, en effet, attendre que la moelle soit désorganisée pour juger des effets que pourra donner un médicament. Je prie donc nos

confrères, de vouloir bien expérimenter ce remède chez des ataxiques, au début de leur maladie, ou chez des sujets qui seront atteints de myélite à la première période. De cette façon, l'école homœopathique aura fixé une fois de plus les indications et les applications d'un remède qui peut devenir important, d'autant plus que les affections de la moelle sont trop souvent encore au-dessus des ressources de la thérapeutique.

Dr TESSIER.

REVUE DES JOURNAUX

Les doses infinitésimales au Muséum.

Nous empruntons à M. Bouley le passage suivant de sa leçon sur *les maladies contagieuses et les médications préventives* :

Les recherches sur la composition des liquides de culture ont mis en lumière un autre fait d'une grande importance, au point de vue de l'application à la thérapeutique, qui ressort des notions acquises sur les rapports des microbes avec leurs milieux de culture, à savoir que des *modifications infinitésimales* de ces milieux pouvaient se traduire par une influence relativement énorme sur les manifestations d'activité vitale du microbe mis en culture. Témoin ce que M. Raulin a vu se passer dans le liquide où il étudiait le développement de la plante microscopique qu'on

désigne sous le nom d'*Aspergillus niger*. Il a pu, soit par la soustraction d'un des éléments composants de ce liquide, soit par l'addition d'éléments nouveaux, faire varier considérablement les produits de la récolte, la faire tomber, par exemple, de 25 grammes à 1 gramme seulement par la suppression de la potasse, et de 25 grammes à 2^{gr}5 par la suppression du zinc, dont la quantité n'est cependant que de 32 milligrammes dans le liquide employé.

« L'action de cette faible quantité de zinc suffit donc, dit M. Duclaux, à produire une plus-value de 22.35 dans la récolte, c'est-à-dire qu'elle permet la formation d'un poids de plante 700 fois supérieur au sien. Cela n'est-il pas singulier ? Cela ne le devient-il pas encore davantage quand on songe que la plante, si sensible à l'action du zinc, est obligée de le puiser dans un liquide où il est dilué au 1/50,000 ? De quelles proportions infinitésimales d'un élément utile peut dépendre la santé d'un être vivant, la prospérité d'une culture ! »

Ce n'est pas tout : l'addition dans le liquide de culture d'éléments qui sont nuisibles à la plante donne lieu à des effets plus grands encore que ne le fait la soustraction de ceux qui lui sont utiles.

Ajoute-t-on au liquide un *seize cent millième* de nitrate d'argent, la végétation s'arrête brusquement. Elle ne peut même pas commencer dans un vase d'argent, bien que la chimie soit presque impuissante à montrer qu'une portion de la matière du vase se dissout dans le liquide. Mais la plante l'accuse en mourant. Elle accuse de même 1/500,000 de sublimé cor-

rossif, 1/8,000 de bichlorure de platine, 1/240 de sulfate de cuivre. « Une simple réflexion rendra ces chiffres intéressants, dit M. Duclaux. Supposons que l'*Aspergillus* soit un parasite humain, pouvant vivre et se développer dans l'organisme et l'envahissant tout entier, la quantité de nitrate d'argent nécessaire pour le faire disparaître du corps d'un homme pesant 60 kilogrammes serait seulement de 4 milligrammes. S'il se développait seulement dans le sang, un être aussi sensible que l'*aspergillus* à l'action du nitrate d'argent n'exigerait pas plus de 5 milligrammes de son toxique. » (*Ferments et maladies*, 1, par Duclaux.)

Nous demanderons à quelle dilution homœopathique peut correspondre la quantité d'argent du vase qui se dissout dans le liquide et qui empêche la production de la plante microscopique.

Ne sommes-nous pas en droit de dire que les doses infinitésimales que nous employons ont, dans cette expérience, une démonstration mathématique.

II

Le cuivre préserve du choléra.

Les recherches du D^r Burcq, ancien médecin homœopathe, puisqu'il a fait partie des congrès homœopathiques de 1855 et 1878, sont venues prouver que les ouvriers qui travaillent le cuivre sont indemnes du choléra et que, par conséquent, le meilleur moyen prophylactique contre cette redoutable maladie est de porter sur la peau des plaques de cuivre, et de

prendre tous les jours de petites quantités de cuivre.

Voilà de l'homœopathie, ce qui n'est pas étonnant étant donné l'auteur de ces recherches ; mais ce qui peut à meilleur droit nous étonner, c'est la facilité avec laquelle les médecins de l'école officielle adoptent ces errements en les croyant inédits.

Il faut cependant faire savoir que le cuivre est un des quatre médicaments indiqués par Hahnemann, longtemps avant M. Burcq, comme propres à combattre le choléra, parce que justement l'empoisonnement cuprique offre des symptômes analogues à ceux de la maladie asiatique.

Les trois autres médicaments que Hahnemann préconisait sont l'arsenic, le vératrum et le camphre ; tous les quatre présentent un tableau du choléra dans les empoisonnements qu'ils amènent.

Il suffit, du reste, de se reporter à la page 521 du traité des empoisonnements de Tardieu pour lire la forme aiguë de l'empoisonnement par le cuivre ; forme qui offre de grands rapports avec le choléra comme on pourra s'en convaincre par les extraits suivants :

« Vomissements verdâtres, abondants, avec coliques atroces et déjections alvines répétées, parfois glaireuses. Le pouls est petit ; les urines sont rares ou se suppriment ; des crampes traversent les muscles des membres. »

III

Le cyanure de mercure dans la diphthérie.

Quoique nous soyons habitués à voir les médica-

ments, que nous employons avec le plus de succès, passer dans la médecine officielle à titre de nouveauté et de découvertes, nous avons été fortement surpris en trouvant dans le dernier numéro de la *Revue des sciences médicales* les passages suivants :

« Ammschat, dans 120 cas d'angine diphthéritique, a eu recours au cyanure de mercure, préconisé par Erichsen (*Petersburg. med. Woche.*, 1877, n° 14). Il fait prendre à ses malades, nuit et jour, et d'heure en heure, une cuillerée à thé d'une potion de 100 grammes d'eau de menthe poivrée contenant 10 à 40 centigrammes de sel mercuriel, suivant l'âge des enfants et le caractère plus ou moins rebelle de la maladie. Mais il faut toujours commencer par une petite dose pour éviter les vomissements.

« Sur les 120 patients, Ammschat a eu 14 décès. En même temps qu'il leur administrait le cyanure de mercure à l'intérieur, il recourait aux pulvérisations de benzoats de soude. (*Berlin. Klin. Woche*, 25 octobre 1880).

« Rothe célèbre les bons effets, contre la diphthérie, de l'une ou l'autre des deux médications suivantes :

1° Cyanure de mercure 0 gr. 02 dans 60 gr. d'eau distillée et 1 gr. de teinture d'aconit, par cuillerée à café d'heure en heure.

2° Potion bromée : il prescrit toutes les heures dix gouttes d'une solution alcoolique de brome au 20°, à prendre dans une cuillerée à café d'une solution de bromure potassique (0 gr. 2. pour 60) (dito, n° 52, 27 décembre 1880).

Il est impossible de dire que ce médicament n'est pas un médicament homœopathique, employé depuis de longues années avec succès par les médecins de notre école.

Tardieu dit, page 561, à propos des empoisonnements par les sels de mercure :

« Les gencives sont rouges, tuméfiées, saignantes, recouvertes d'un conduit jaunâtre. L'intérieur de la bouche, la luette, les amygdales, sont tuméfiés, le pharynx recouvert de fausses membranes, les ganglions sous-maxillaires engorgés, la salivation abondante, et l'haleine horriblement fétide. La déglutition est très douloureuse et les malades sont tourmentés par la toux et la suffocation. »

Il signale plus loin la perte des forces et les urines albumineuses.

Si ce tableau clinique ne ressemble pas à la diphthérie grave, il n'y a plus d'analogie possible.

Les médecins russes, qui ont employé le cyanure de mercure, n'étaient certainement pas des homœopathes inconscients ; ils savaient assurément que ce médicament nous est usuel depuis longtemps ; ils n'auraient jamais osé donner à des enfants un sel aussi toxique que le cyanure de mercure, s'ils n'avaient été au courant de nos succès.

Il arrivera un jour peu éloigné où nous aurons été tellement pillés, tellement dépouillés, qu'allopathes et homœopathes ne feront plus qu'un seul corps, le corps médical sans épithète.

IV

Intolérance médicale.

Nous avons retrouvé dans *le Temps* (1) le compte rendu suivant de la séance du 23 janvier 1883 de l'Académie de médecine : « Un incident regrettable a clos la séance. Un savant étranger, de Bruxelles, qui a eu le malheur de prononcer le nom de Hahnemann, le fondateur de l'homœopathie, et qui avait l'ambition, excessive sans doute, d'apporter une formule assurée pour l'avortement des maladies aiguës, s'est vu interdire la parole avec une impétuosité de parti pris et une violence de désapprobation peu en accord avec les mœurs académiques et le libéralisme scientifique ». Cet incident n'a pas dû figurer au compte-rendu officiel de l'Académie, car nous ne l'avons pas retrouvé.

Cette intolérance ne nous étonne pas et est habituelle à notre égard.

Pour faire pendant, nous pourrions publier ici les *décrets* d'une société hahnemannienne italienne qui, s'inspirant d'un *factum* américain, met hors l'église homœopathique pure, orthodoxe, tous les médecins qui veulent travailler à rapprocher les adhérents aux deux écoles, tous les médecins qui emploient plus d'un médicament à la fois, tous ceux qui se servent des médicaments externes, tels que pommades, cataplasmes, etc. Cette société considère, en outre, que la plus petite dose possible du médicament est toujours la plus efficace. Or, qui de nous voudrait traiter un

(1) N° du 25 janvier 1883.

accès de fièvre pernicieuse par *chininum sulfur.* (30), lorsque nous savons qu'il est nécessaire de prescrire ce médicament à haute dose pour sauver notre malade ?

Du reste, si on examinait de plus près la pratique particulière des plus purs, on trouverait peut-être qu'ils oublient leurs théories et leurs principes lorsque l'état de leurs malades l'exige, et nous ne pourrions les en blâmer.

Intolérance officielle, intolérance des homœopathes qui prétendent posséder seul la vérité hahnemannienne, voilà ce que nous voyons à droite et à gauche. Pour nous, scrupuleux de la liberté de nos confrères, nous n'irons jamais poser des limitations à leur pratique, et nous traiterons de même ceux qui nous diront : « Si vous usez des doses infinitésimales, vous êtes des homœopathes et nous n'avons rien de commun avec vous » ; et ceux qui nous diront : « Si vous employez autre chose que les doses infinitésimales, vous n'êtes plus des homœopathes ». Nous sommes des médecins ne relevant que de notre conscience et nous emploierons les doses qui nous paraîtront les plus convenables.

D^r M. JOUSSER.

BIBLIOGRAPHIE

Du climat de Saint-Raphaël, Boulouris et Valescüre, (Var).

Sous ce titre, le docteur René Serrand, médecin des Eaux de Cauterets, dont nous signalions récem-

ment une étude intéressante sur la station de Cauterets, vient de publier chez A. Lahure, éditeur à Paris, un élégant volume d'une utilité incontestable.

Toutes les personnes qui fréquentent le littoral de la Méditerranée auront bientôt cet ouvrage entre les mains, car il est le *vade mecum* indispensable de ceux qui viennent demander au climat du midi l'oubli des affaires en même temps que le retour à la santé.

Les stations de *Saint-Raphaël*, *Boulouris* et *Valescure* sont étudiées par le docteur René Serrand au point de vue de leur valeur médicale, et l'éminent praticien de Cauterets, d'accord avec le docteur Constantin James, signale les conditions climatériques toutes spéciales qui font de *Saint-Raphaël* et de *Boulouris* la résidence utile à cette grande classe de malades de notre siècle, les *anémiques*, et de *Valescure* le refuge privilégié des malades atteints d'*affections des voies respiratoires*.

Une longue préface d'Alphonse Karr, le Christophe Colomb de ce joli pays, préface que les lecteurs trouveront trop courte (car elle est pleine de bonhomie charmante, de descriptions attrayantes et pétillantes de souvenirs), ajoute encore à l'intérêt de l'ouvrage du docteur René Serrand qui est accompagné de tracés thermométriques et d'une carte de la région et orné de trois dessins de Riou.

NOUVELLES

M. Léon Kirn, pharmacien homœopathe à Paris, rue du Helder, et qui est capitaine d'un régiment d'infanterie

de l'armée territoriale, a été nommé il y a quelque temps, officier d'ordonnance du ministre de la guerre. Il vient d'être envoyé en mission à Berlin pour étudier les modifications introduites par un nouveau règlement dans le fonctionnement des hôpitaux militaires prussiens.

— Nos confrères d'Angleterre, pour honorer la mémoire du Dr Bayes, ont ouvert leur souscription destinée à la création dans l'hôpital homœopathique de Londres d'une salle nouvelle, qui porterait le nom du vaillant protagoniste de l'Ecole d'homœopathie. Le comité, chargé de cette opération, a terminé ses travaux et fait parvenir au conseil d'administration de l'Hôpital la somme de 1440 livres sterling. Miss Goldsmid, une cliente du Dr Bayes, a envoyé 1000 livres destinées à l'entretien à perpétuité d'un lit réservé à des malades adultes.

— Apparition aux Etats-Unis de trois nouveaux journaux homœopathiques et mensuels : *The Homœopathic Leader*, paraissant à New-York sous la direction du Dr Walter Cowl, dont nous avons analysé jadis le remarquable rapport sur l'hôpital de Ward-Island ; *the Texas Homœopathic Pellet*, également mensuel, dirigé par le Dr D. E. Fisher, d'Austin (Texas) ; *The Medical Era*, publié à Chicago par MM. Gross et Delbridge.

— C'est avec plaisir que nous apprenons que l'hôpital du Saint-Sauveur, de Londres, réservé au traitement homœopathique des maladies incurables et chroniques (cancer, paralysie, etc.) est enfin parvenu à se libérer de ses embarras financiers et qu'il pourra ainsi étendre davantage le cercle de ses bienfaits.

A. C.

Le Gérant : Dr A. CLAUDE.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André 3.

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

MODE D'ACTION DES ANTISEPTIQUES

EMPLOYÉS DANS LE PANSEMENT DES PLAIES.

L'emploi des antiseptiques introduit dans la thérapeutique chirurgicale par Lister est incontestablement la découverte la plus importante du siècle, au point de vue médical. On peut affirmer qu'aujourd'hui les accidents si redoutables de l'infection purulente dont étaient menacés les opérés, ont presque complètement disparu. La septicémie établie à demeure dans les salles de chirurgie des hôpitaux, n'existe pour ainsi dire plus et nous sommes loin du temps où les chirurgiens devaient renoncer à la plus petite opération, sous peine de voir leurs malades enlevés par l'érysipèle ou l'infection purulente.

Dans deux notes présentées à l'Académie des Sciences, le Prof. Gosselin a donné le résultat de ses recherches, sur l'action des antiseptiques dans le pansement des plaies.

Dès 1879 et 1880, le Prof. Gosselin avait établi dans des travaux faits en collaboration avec le Dr Bergeron, que les antiseptiques empêchent l'altération du sang sur les plaies, non seulement en purifiant l'atmosphère des germes de la putréfaction, mais en faisant subir au sang, après sa sortie des vaisseaux, une modification qui le rend imputrescent. Il pouvait dès lors, pré-

sumer avec M. Maurice Perrin, et MM. Neudorfer et Gross, que cette modification, qui consiste surtout en une coagulation des matières albumineuses, se produisait également dans l'intérieur des capillaires.

Mais cette présomption avait besoin d'une confirmation que le Prof. Gosselin a demandée aux expériences suivantes.

Sur une plaque de liège percée d'une fenêtre, furent étalées les membranes transparentes qui réunissent les doigts des pattes postérieures de plusieurs grenouilles, le mésentère d'un lapin, le mésentère d'une grenouille. Un grossissement de 200 diamètres, environ, permettant d'observer très nettement le mouvement du sang dans les capillaires, différentes substances : solutions diverses d'acide phénique, alcool pur, alcool étendu de moitié d'eau, eau-de-vie camphrée, furent mis en contact avec les préparations indiquées plus haut. Voici les résultats obtenus :

1° *Avec les solutions phéniquées au 20^e et au 40^e.* — La circulation s'arrête quelquefois brusquement en quelques secondes après un premier attouchement, ou bien se ralentit d'une manière sensible, puis cesse encore brusquement après un deuxième ou un troisième attouchement. Avec la solution au 40^e, cinq minutes et quatre attouchements ont été nécessaires pour obtenir la cessation complète du mouvement du sang. Le lendemain, la circulation ne s'était pas rétablie et l'on voyait les lignes et contours rouges des vaisseaux dans lesquels aucun courant n'avait plus lieu, ce que l'on pouvait attribuer à la coagulation du sang dans les capillaires. A la fin du quatrième jour, les

membranes étaient brunâtres, ratatinées, gangrenées et l'animal mourait, soit par intoxication phéniquée, soit à cause du traumatisme.

2° Avec la solution phéniquée au 60°. — Mêmes résultats qu'avec celle au 40°, si ce n'est que la circulation ne s'est arrêtée promptement que dans une partie des capillaires et a continué dans les plus gros et les plus profonds, puis l'arrêt s'est fait progressivement dans les autres et était complet au bout de dix minutes.

3° Avec les solutions phéniquées au 80° et au 100°. — L'arrêt s'est fait plus lentement et n'est devenu complet qu'après douze ou quinze minutes. Dans une des expériences la circulation était rétablie le lendemain.

4° Avec l'alcool à 86°. — Les résultats ont été analogues à ceux obtenus avec la solution phéniquée au 20°. Mais l'arrêt de la circulation a été moins brusque et s'est fait progressivement.

5° Avec l'alcool étendu de moitié d'eau. — Ralentissement général, et après dix minutes et quatre attouchements, arrêt dans un certain nombre de capillaires, pas de gangrène.

6° Avec de l'eau-de-vie camphrée. — Ralentissement immédiat, cessation complète de la circulation après douze à quinze minutes, et après quatre attouchements. La circulation ne s'est pas rétablie le lendemain.

De ces faits, il résulte, qu'au contact des antiseptiques, la circulation s'est arrêtée plus vite lorsque l'antiseptique était fort, plus lentement et plus progressivement lorsqu'il était faible et que dans un cas, elle s'était rétablie le lendemain. Le Prof. Gosselin n'a

pu observer le resserrement observé par certains auteurs et ne peut attribuer la stase sanguine qu'à la coagulation du sang déterminée par le contact du médicament qui a traversé les parois des vaisseaux capillaires.

Malgré la différence d'organisation générale, le sang de l'homme et les parois de ses capillaires ne présentent pas des conditions physiologiques assez différentes du sang et des capillaires des animaux, pour qu'on ne puisse admettre que l'antiseptique pénétrant dans les capillaires humains, soit par les orifices résultant de leur section, soit à travers la paroi très mince des vaisseaux, avec lesquels il est en contact, ne produise pas la coagulation du sang, et l'arrêt de la circulation. Si la gangrène de la plaie n'a pas lieu comme dans les expériences citées plus haut, cela tient à ce que la circulation persiste dans les vaisseaux les plus gros, et dans les capillaires profonds, que n'atteint pas l'agent antiseptique.

Le Prof. Gosselin présume de plus, sans être en mesure de le démontrer, que les autres tissus qui forment le fond d'une plaie étendue, les tissus musculaire, conjonctif, nerveux même, subissent des modifications analogues, qui s'accompagnent de changement dans leur vitalité et leurs aptitudes physiologiques.

L'arrêt de la circulation produit par les agents dits antiseptiques est en tous points analogue à celui produit par les caustiques. Cet arrêt est le premier degré d'une cautérisation. Elle a été complète, mais tardive et progressive sur quelques grenouilles, incomplète sur d'autres et sur l'homme.

Ces agents, en même temps qu'ils sont germicides et antiseptiques, selon l'opinion généralement adoptée, sont donc également astringents ou demi-caustiques.

Ils agissent sur les plaies en empêchant la putréfaction et de plus, en coagulant l'albumine du sang à l'intérieur et à l'extérieur des capillaires et peut-être aussi toutes les matières albumineuses de la surface des plaies.

Ces faits établis, quelles sont, pour la marche ultérieure des plaies, les conséquences de ces modifications ? Quel rôle leur connaissance doit-elle jouer dans l'emploi des antiseptiques ? C'est ce que M. Gosselin examine dans un second mémoire.

Pour répondre à la question, il convient d'observer ce qui se passe dans les deux variétés de plaies soumises avec avantage au pansement antiseptique, les plaies maintenues ouvertes par nécessité ou volontairement et les plaies fermées, pour lesquelles nous désirons la réunion immédiate.

Plaies ouvertes. — Avant l'emploi des pansements antiseptiques, on constatait, alors que la suppuration n'était pas encore établie, un gonflement chaud, rouge et douloureux des bords de la plaie, une mortification plus ou moins étendue de sa surface, un suintement sanguinolent plus ou moins fétide, plus tard la présence d'une couche membraneuse rouge et granuleuse, puis le retrait et la disparition progressive de cette couche. En même temps que ces phénomènes appréciables, on admettait la production d'autres phénomènes intimes, qui consistaient en une hyperémie de la plaie

par agrandissement des capillaires primitifs et formation de nouveaux capillaires et création de la membrane granuleuse spécialement chargée de la fonction pyogénique. L'ensemble de ces phénomènes était, pensait-on, de nature inflammatoire et dans les cas favorables, ce processus était modéré et suffisait à la réparation ; dans les cas moins heureux, il dépassait les limites nécessaires et engendrait les complications, telles que la fièvre traumatique, l'érysipèle, l'infection purulente.

Aujourd'hui l'aspect d'une plaie soumise au pansement de Lister est tout différent. On est frappé de l'absence de rougeur, de chaleur, de gonflement et d'odeur ; en revanche, la suppuration s'établit tardivement et la cicatrisation est très longue. Quant aux phénomènes essentiels et intimes, ils sont les mêmes qu'autrefois ; mais ils sont amenés moins promptement, sans réaction, et sans qu'il soit possible de leur attribuer une origine inflammatoire. Le Prof. Gosselin exprime ce résultat, en disant que les substances antiseptiques produisent un effet antiphlogistique. Il propose, en attendant mieux, le mot de *frigidité*, pour indiquer la lenteur de la réparation des plaies sous l'action des antiseptiques ; pour lui, ces médicaments produisent à *froid les phénomènes de la cicatrisation, tandis qu'avant leur emploi tout se faisait à chaud.*

Pour Lister et ses partisans, l'inflammation vive d'une plaie est causée par la putréfaction et l'irritation amenée par le contact de ses produits. En supprimant la putréfaction par les antiseptiques, on atténue l'inflammation.

M. Gosselin ne se déclare pas satisfait de cette explication.

Il fait remarquer qu'à l'époque où on ne se servait pas des antiseptiques, les plaies, surtout lorsqu'elles étaient superficielles, n'offraient souvent aucun symptôme de putridité et cependant la réparation était précédée de phénomènes inflammatoires et marchait rapidement. C'est par une aptitude particulière de nos tissus, à la production de la membrane granuleuse et du pus, que les plaies guérissent après suppuration, sans qu'il soit besoin de l'intervention de la putréfaction. Quoiqu'il soit difficile de déterminer comment la coagulation des matières albumineuses et l'oblitération des capillaires, après le contact des substances antiseptiques, diminuent le processus inflammatoire, il est impossible de ne pas rapprocher ces deux faits et d'expliquer la frigidité autrement que par les modifications moléculaires et physiologiques des tissus.

Plaies fermées par la suture. — Les résultats obtenus pour ce genre de plaies sont les mêmes que pour les précédents et s'expliquent encore par la diminution de l'intensité de l'inflammation, par le processus froid et lent. Les réunions complètes en huit ou dix jours ne sont pas rares, quelquefois en quinze à vingt jours, après écoulement de sérosité sanguinolente sans pus, d'autres fois, après des alternatives d'écoulement sero-sanguin et de suppuration très limitée et de courte durée.

Cependant, beaucoup de chirurgiens n'obtiennent pas du pansement antiseptique, pour les plaies fermées, le meilleur résultat possible. Cela tient à ce qu'ils

ignorent les modifications anatomo-physiologiques, que le Prof. Gosselin résume par le mot frigidité, qu'ils n'emploient que les procédés indiqués par la théorie de la destruction des germes atmosphériques et qu'ils croient avoir rempli toutes les indications, en pulvérisant l'acide phénique sur la plaie ou les parties voisines et en se servant de solutions phéniquées faibles pour absterger la plaie.

Le Prof. Gosselin est arrivé à cette conviction, qu'il est essentiel dans le pansement des grandes plaies d'amputation ou d'ablation de tumeur, de laver abondamment la plaie avec la solution d'acide phénique au 20^e ou l'alcool à 86°, avant de la fermer, jusqu'à ce que toute la surface ait pris un aspect chocolat clair, et que ce lavage est utile parce qu'il oblitère instantanément un certain nombre de vaisseaux capillaires et qu'il donne cette frigidité qui, tout en laissant à la plaie l'aptitude à l'exsudation des matériaux nécessaires pour l'agglutination prompte, sinon immédiate, des surfaces opposées de la plaie, supprime ou tout au moins retarde et diminue l'aptitude à l'inflammation suppurative.

M. Gosselin considère également comme essentiel, lorsque la plaie est profonde, l'usage du tube à drainage; il l'enlève au bout de quarante-huit heures, et le renouvelle toujours le lendemain en l'induisant d'huile phéniquée au 10^e, autant pour faciliter son introduction, que pour conduire avec lui quelques vapeurs antiseptiques nouvelles. Le pansement extérieur est complété, d'ailleurs, par les pièces antiseptiques, la gaze de Lister, ou la tarlatane imbibée d'eau-de-vie camphrée.

Cette communication récente de l'éminent membre de l'Institut, que je viens de résumer, m'a paru intéressante. Si tous les chirurgiens avaient été frappés, depuis l'introduction des antiseptiques dans le traitement des plaies, de l'aspect nouveau que présentaient ces plaies et du mode selon lequel se faisait la cicatrisation, personne n'avait observé au microscope l'action directe des antiseptiques sur les tissus et les modifications anatomiques qui en sont le résultat. C'est au Prof. Gosselin que revient l'honneur de les avoir signalées le premier et d'avoir indiqué, sinon la raison des succès, tout au moins le fait matériel qui les accompagne.

De la connaissance de ce fait, il ressort un principe qui deviendra fondamental et que la clinique a confirmé, à savoir : la nécessité d'obtenir l'occlusion des capillaires de la plaie, et la coagulation des matières albumineuses. Enfin, les expériences citées plus haut indiquent quels sont les agents auxquels il faut recourir pour atteindre ce double but. Aux substances dont s'est servi le Dr Gosselin, il convient d'en ajouter d'autres, le chlorure de zinc, l'acide salicylique, par exemple, qui produiraient les mêmes effets.

Dr PARTENAY.

ACTION DES MÉDICAMENTS SUR L'ŒIL

Par le Dr HUGHES.

DEUXIEME CONFÉRENCE.

BELLADONNA.

La *Belladone* et son alcaloïde l'*Atropine* ont, comme vous le savez, sur l'organisme humain une action des plus étendues et des plus variées. Dans la conférence que j'ai faite jadis sur l'ensemble de ce médicament, j'ai montré qu'il déprimait l'énergie des nerfs moteurs et sensitifs et qu'en même temps il excitait le sympathique. Il agit également comme irritant sur plusieurs sortes de tissus, notamment sur la peau, les muqueuses et la substance grise des nerfs. L'organe de la vision subit fréquemment ces diverses influences qui, comme vous le verrez par la suite, sont des plus accusées. Nous considérons en premier lieu son action sur la pupille, 2° ses effets inflammatoires, et 3° les désordres de la vision qu'il entraîne.

I. — On a pendant longtemps étudié avec beaucoup d'intérêt la dilatation pupillaire produite d'une façon si régulière et si uniforme par l'application locale, aussi bien que par l'administration interne de la *Belladone* et de son alcaloïde. La première question qui se pose est de savoir si cette mydriase est

due à une influence générale exercée par le médicament sur le cerveau. Je ne crois pas qu'une telle opinion puisse se défendre et cela pour les raisons suivantes.

En premier lieu, s'il est un fait aujourd'hui indiscutable, c'est que la *Belladone* est un irritant pour les centres nerveux intra-crâniens, qu'elle congestionne et dont elle excite les fonctions au point de les pervertir. Il s'agit là, en résumé, du premier stade d'une inflammation ; or, lorsque cette altération cérébrale est idiopathique, elle s'accompagne constamment d'une contraction de la pupille, et ce n'est que lorsqu'arrive la période d'épuisement et de diffusion qu'apparaît la dilatation pupillaire. Il est évident dès lors que la mydriase de la *Belladone* n'est pas une conséquence de la lésion cérébrale produite par cette substance, puisque l'état de la pupille serait absolument opposé à celui que nous constatons en pareil cas.

En second lieu, M. R. Christison a rapporté une observation d'empoisonnement produit simultanément par l'*Opium* et la *Belladone*, dans lequel les symptômes cérébraux observés relevaient de la première substance, alors que les pupilles « offraient une dilatation excessive avec impossibilité de se contracter. » Ici, comme le fait très judicieusement remarquer l'honorable toxicologiste, l'*Opium* « prévint le délire initial de la *Belladone*, tandis que, de son côté, la *Belladone* annula l'action habituelle de l'*Opium* sur les pupilles et produisit un effet diamétralement opposé. » En d'autres termes, l'influence

de la *Belladone* sur le cerveau disparut, neutralisée par celle de l'*Opium*, alors que son action mydriatique persistait intacte. Il est évident dès lors que la dilatation pupillaire de la *Belladone* n'est pas le résultat d'une modification cérébrale obtenue par le médicament, sans quoi l'on se trouverait en présence d'une contradiction flagrante à cette loi connue : *Sublata causa, tollitur effectus*.

En dernier lieu, il est aujourd'hui prouvé que l'action mydriatique de l'*Atropine* est une action périphérique indépendante des centres nerveux, même lorsque cet agent traverse l'organisme. On trouvera la démonstration pratique de ce fait dans les observations rapportées par le Dr H. C. Wood (1). Lorsque le médicament est appliqué localement, son influence directe est facile à constater. La section du trijumeau et du sympathique cervical, l'extirpation même du ganglion ciliaire n'entravent en rien cette action, comme le prouvent les expériences pratiquées sur des yeux de grenouille, préalablement énucléés. Mais le cas le plus démonstratif est celui que rapporte le Dr Wood et dans lequel l'œil ayant, à la suite d'un accident de chemin de fer, perdu toutes ses connexions cérébrales (fait prouvé par la nécropsie) une injection hypodermique d'*Atropine* fut suivie de dilatation pupillaire.

De tout ce qui précède, nous sommes en droit de conclure que la mydriase produite par la *Belladone* est la conséquence d'une action médicamenteuse locale et périphérique absolument indépendante de

(1) *Treatise on Therapeutics*, 1^{re} édition, p. 218.

modifications apportées au système nerveux central. Il en résulte que la dilatation pupillaire que nous rencontrons dans les désordres cérébraux ne constitue pas nécessairement une indication homœopathique pour le choix de la *Belladone*. Bien au contraire, cette mydriase est généralement l'indice d'un état d'épuisement qui en contreindique absolument l'emploi. Une homœopathie, qui voudrait se rapprocher davantage des manifestations pathogénétiques, exigerait la présence de ce phénomène pour obtenir la totalité des symptômes ; mais ici, comme il arrive souvent, la physiologie nous aide à corriger les impressions de nos sens et nous permet d'obtenir un *similia* qui doit être réel et non pas seulement apparent. De même, lorsque Graves préconisait l'administration de la *Belladone* dans la céphalalgie fébrile avec contraction pupillaire, il croyait exercer une action allopathique en vertu de la vieille loi des contraires, alors qu'en réalité son médicament agissait d'une façon homœopathique.

Je ne nie pas, remarquez-le bien, que la dilatation pupillaire ne soit pas un des symptômes indiquant l'emploi de la *Belladone* et pouvant être amendé par elle ; mais cette mydriase dépend de l'influence générale exercée par le médicament non sur le cerveau, mais sur le sympathique (et peut-être aussi sur le nerf moteur oculaire commun). Voici, du reste, ce qu'écrit à ce sujet le Dr Harley : « L'administration de la *Belladone*, dans les maladies fébriles, est fréquemment suivie de résultats non seulement inattendus, mais encore en contradiction abso-

lue avec ceux que l'on observe à l'état de santé. C'est ainsi qu'en donnant une dose d'*Atropine* à un malade dont le pouls bat à 120, qui a la langue sèche et dure et dont les pupilles mesurent $\frac{1}{6}$ on voit après dix, vingt ou trente minutes, c'est-à-dire lorsque l'action de la *Belladone* est complètement développée, survenir une diminution du pouls, l'humidité de la langue et la *contraction des pupilles*.» (1).

Il nous reste maintenant à rechercher par quel mécanisme s'exerce l'action locale que nous avons constatée dans la *Belladone*. Nous avons vu que la dilatation pupillaire pouvait survenir soit comme conséquence d'une paralysie de la troisième paire, soit comme résultat d'une excitation du sympathique. Jadis on regardait la *Belladone* comme « un narcotique » ; puis on constata que l'*Atropine* appliquée localement paralysait l'accommodation, dont il sera question de suite. On supposa dès lors que la mydriase de la *Belladone* était due à une paralysie du moteur oculaire commun, amenant un relâchement des fibres circulaires de l'iris qui, comme vous le savez, sont analogues aux sphincters du rectum et de la vessie. Cette supposition, toutefois, ne rend pas un compte exact du phénomène en question, et l'on peut faire à cette manière de voir de graves objections. La plus sérieuse est celle-ci : dans la paralysie complète de la troisième paire (ou lorsqu'on sectionne ce nerf chez les animaux), la mydriase est beaucoup moins

(1) De Graefe a quelquefois observé une mydriase passagère comme symptôme prémonitoire de la folie, notamment du délire des grandeurs.

dre que celle que l'on obtient au moyen de l'*Atropine* et peut être considérablement augmentée par l'emploi de cet alcaloïde. A ce propos, le D^r Harley insiste (1), et avec raison, sur la différence des effets produits sur l'œil par la *Belladone* d'une part, et de l'autre par *Conium* (qui, lui, paralyse indubitablement le moteur oculaire commun). Ainsi que je l'écrivais moi-même jadis (2), cet auteur, d'accord du reste avec Wharton Jones (3), Benjamin Bell (4) et Allen Thompson (5) soutient que la mydriase produite par l'*Atropine* est uniquement due à une excitation du sympathique, comme le prouvent la contraction concomitante des artérioles et l'état objectif des yeux qui sont largement ouverts, fixes et comme saillant s. C'est, en effet, avec la dilatation des pupilles, l'ensemble de symptômes qu'on observe lorsqu'on électrise le sympathique dans la région du cou. Dans l'empoisonnement par le *Woorara*, Vulpian a en outre remarqué que la *Belladone* produisait une dilatation pupillaire aussi persistante que la mydriase déterminée, même à faible degré, par la galvanisation du plexus cervical. Il est dès lors évident, (comme le dit avec raison le D^r Wood), que la dilatation médicamenteuse, « loin d'être uniquement constituée par un relâchement passif des fibres de l'iris, est le résultat d'une contraction active capable de rompre des adhé-

(1) *Old vegetable Neurotics*, p. 235.

(2) *London med. Review*. Aug. 1866.

(3) *Ophthalmic Medicine and Surgery*.

(4) *Edin. Med. Journal*. July 1858.

(5) *Glasgow Med. Journ.* Jan. 1857.

rences inflammatoires, même lorsqu'elles présentent une certaine résistance. » On ne saurait par conséquent douter que la mydriase produite par la *Belladone* ne soit en majeure partie due par l'entremise du système sympathique à l'excitation des fibres radiées de l'iris. J'ajouterai cependant que la perte du pouvoir accommodateur observée dans l'atropisme complet est une preuve également évidente de la paralysie des muscles ciliaires de la 3^e paire et que, par suite, le relâchement des fibres radiées peut être pour quelque chose dans le résultat obtenu.

Arrive-t-il quelquefois que la pupille se contracte sous l'influence de la *Belladone*, et dans ce cas quelle explication en peut-on donner ? Ce symptôme a été noté par quatre élèves de Hahnemann et par moi-même (N. 646, 648 à 649 de Allen). Le Dr Harley a également observé que peu d'instants avant le début de la mydriase medicamenteuse, il survient, sous l'influence de la lumière, une contraction pupillaire plus considérable qu'à l'état normal. « Ce myosis persiste durant plusieurs minutes, puis il se fait un relâchement subit de la pupille qui se dilate largement. » Le Dr Sharp, expérimentant sur lui-même, est arrivé à obtenir une faible contraction pupillaire par l'administration d'une solution au cinquième de la teinture mère de *Belladone*. Rossbach et Froelich, opérant sur des animaux, sont parvenus au même résultat avec des doses également très faibles d'*Atropine* (de 0 grain

(1) *Journal de Médecine*, p. 274.

(2) *Journal de Médecine*, p. 275.

sont d'avis que la différence dans les résultats obtenus est une simple question de doses. Je n'ai pas, quant à moi, les éléments nécessaires pour me prononcer sur la question ; néanmoins, d'après ce que nous verrons plus tard de l'action de *Gelseminum*, j'incline plutôt à penser que les contractions pupillaires produites par la *Belladone* sont un symptôme d'hypérémie commençante, soit dans le globe de l'œil, soit dans le cerveau. Dans le seul cas, en effet, où Hahnemann a noté ce symptôme, nous remarquons qu'il coïncide avec une violente céphalalgie frontale. (Comp S. 649. et 434 de Allen.)

II. Il existe une relation plus étroite entre l'influence cérébrale de la *Belladone* et celle qu'elle exerce sur la circulation des yeux. Dans la congestion active du cerveau qui se produit à la suite de l'administration de ce médicament, la conjonctive est injectée et la surface des globes oculaires revêt une rougeur éclatante. Cet aspect, habituel d'ailleurs en pareil cas, constitue une indication précieuse de la *Belladone* dans les désordres cérébraux. Ce médicament, toutefois, peut aussi enflammer l'œil par irritation directe. On sait, et depuis longtemps, déjà, que l'*Atropine*, même à faible dose, peut, lorsqu'elle est appliquée localement, déterminer des conjonctivites, et M. Scelberg Wells a prouvé que son usage continu peut occasionner des vésicules, parfois même de véritables granulations. Prise à l'intérieur, la plante même est susceptible de produire le même effet. (Voir, pour plus de détails, les expériences de Hahnemann, 5.508,

509 et 599 de la pathogénie de Allen). Le cas le plus démonstratif est celui du concierge de l'Hôpital Ophthalmique de Moorfield qui absorba par erreur une demi-once de liqueur *Belladone* de la Pharmacopée(1). Au premier examen, on nota « que les paupières de l'œil gauche, tuméfiées, présentaient une rougeur plus considérable que celles de l'œil droit, et que « la supérieure retombait comme dans le ptosis. » Le lendemain, on constata « que la vision de l'œil droit commençait à s'éclaircir, mais que celle de l'œil gauche était au contraire plus affaiblie. Le gonflement et le prolapsus de la paupière supérieure étaient plus accentués que la veille ; et la conjonctive hyperémée, formait un chemosis autour de la cornée qui de transparente devint, en peu de jours, opaque. On remarqua également qu'une petite quantité de pus s'était accumulée dans la chambre antérieure. « La vision de l'œil gauche étant absolument normale avant l'accident et aucun traumatisme n'étant survenu depuis, il y a » — comme le fait remarquer l'auteur — « tout lieu de supposer que l'état inflammatoire observé était dû à la virulence de la Belladone. »

Cette observation prouve bien que l'action du médicament est profonde et s'exerce au delà de la conjonctive. Les preuves, du reste, ne manquent pas ; mais on ne peut rejeter entièrement le symptôme 505 de Allen « Les yeux sont enflammés, rouges et ecchymosés iris compris », empruntés aux élucubrations apocryphes de Houat.

Mais dans *Lancet* de 1844 (i 251) le Dr Wil-

(1) Voir *Med Times and Gazette*, 15 juin 1848.

liams rapporte un cas où la *Belladone* administrée à l'intérieur produisit « de la douleur dans les globes oculaires, de la photophobie et de l'inflammation conjonctivale, symptômes qui, à bref délai, furent suivis de dilatation pupillaire et de perte de la vision. La paralysie de l'iris et la cécité persistèrent. » Il semble y avoir eu là plus que de la conjonctivite et de la mydriase (1). Mais ce qui est plus certain encore, c'est l'hypérémie artérielle de la rétine produite par le médicament. Cet état, constaté à l'ophtalmoscope par Harley et Aldridge (2), semble du reste prouvé par certains symptômes subjectifs tels que douleur en arrière des globes oculaires, bleuettes, photophobie et trouble de la vision.

Aussi suis-je très surpris de voir les Drs Allen et Norton dire que « l'emploi de ce médicament dans les affections inflammatoires de l'œil est beaucoup plus limité qu'on ne le suppose généralement ».

Le nombre des cas où ils trouvent eux-mêmes à l'appliquer est loin d'être aussi restreint qu'ils semblent vouloir le dire au premier abord, et la littérature homœopathique est pleine d'exemples authentiques prouvant son efficacité. En dehors des aggravations aiguës de maladies chroniques (telles que la conjonctive granuleuse), où son usage est recommandé par ces auteurs, je l'emploie avec succès dans

(1) Le Dr Dudgeon (loc. cit.) ajoute que « les pupilles étaient irrégulières » et que « celle de l'œil gauche, dont la dilatation était plus considérable, présentait un flocon blanc ». Mais j'ignore la source de ces divers symptômes.

(2) *West Reding Assylum Report*. Vol. II.

les formes graves d'ophtalmie catarrhale et dans les variétés inflammatoires d'ophtalmie scrofuleuse. La sensation de brûlure et de sécheresse des yeux (si marquée dans sa pathogénésie) est ici caractéristique. Je l'ai vu aussi agir admirablement dans deux cas d'iritis traumatique. Quant à son application locale dans l'iritis rhumatismale et spécifique, elle est aujourd'hui journellement employée, sous forme d'instillation d'*atropine*, et sert, je crois, à dilater mécaniquement la pupille et à prévenir la formation de synéchies. Je ne nie pas toutefois qu'elle ne puisse aussi agir en contractant les vaisseaux sanguins et en maintenant l'iris immobile. La *Belladone* est également, sans conteste, notre principal médicament dans les affections aiguës du fond de l'œil. Il existe deux cas bien nets de névrite optique (1), et deux cas de rétinite (2), où son efficacité fut indiscutable. Les Drs Allen et Norton la recommandent dans l'hypérémie rétinienne chronique « lorsqu'il existe en même temps, parallèlement à l'ouverture palpébrale, une ligne rouge bien marquée sur la conjonctive oculaire. »

Une question plus complexe est celle de la relation qui existe entre la *Belladone* et le glaucome. Pour beaucoup d'observateurs (et bien que Donders et Stellwag en doutent), l'*Atropine* instillée dans l'œil entraînerait une diminution de la tension intra-oculaire, résultat qui tout naturellement sanctionnerait

(1) Norton, p. 48.

(2) Voir *Brit. Journ. of Hom.* XXXI. 382. *Transactions of Amer. Ophthalm. and Otol. Society.* 1879, p. 76.

son emploi dans une maladie qui se caractérise précisément par un excès de tension. L'événement n'a malheureusement pas justifié ces prévisions et souvent, dans le glaucome chronique, il est arrivé que son administration a provoqué l'apparition d'une attaque inflammatoire aiguë. Dans un cas cité à l'*Appendix* d'Allen (S. 517) il semble même prouvé que son emploi ait développé un glaucome aigu *ab initio*. Pour toutes ces raisons, l'*atropine* est tombée en désuétude dans la pratique allopathique ; mais nous, en vertu du principe homœopathique, nous pouvons avec avantage l'employer à l'intérieur pour combattre soit les exacerbations de la maladie, soit la première attaque de glaucome aigu. Tout dernièrement, le Dr Anstie a rappelé un cas de guérison obtenu dans cette dernière affection par l'injection hypodermique au voisinage de l'œil d'une faible dose d'*atropine* (1). Suivant les Drs Allen et Norton, cette substance calme merveilleusement les douleurs violentes qui affectent le caractère d'élançements. Ajoutons qu'il faut toujours avoir présent à l'esprit ce fait que le glaucome, étant souvent dû à une inflammation centrale du trijumeau, peut venir compliquer une névralgie de ce nerf. Nous recommandons aussi la *Belladone* dans la prosopalgie qui s'accompagne d'hypérémie périphérique. Cela nous donne, je crois, la raison démonstrative de son action et fait comprendre quelle peut être son utilité pratique dans certaines formes de glaucome.

III. Le trouble de la vision qui survient à la suite

(1) *On Neuralgie* p. 189.

de l'application locale de la *Belladone* ou de l'*Atropine* est une *vision lointaine*, état qu'il faut se garder de confondre avec l'hypermétropie (comme le fait le Dr Harley), ou de presbytie (comme cela a lieu en général). Ces deux noms, en effet, indiquent des altérations organiques des milieux réfringents de l'œil, alors que le seul désordre produit par l'*Atropine* est une paralysie de l'accommodation entravant la vision des objets rapprochés. Le *punctum proximum* (c'est-à-dire la plus faible distance à laquelle les fins caractères puissent être lus) s'éloigne rapidement sous l'influence de cette substance jusqu'à ce qu'enfin les seuls objets éloignés (c'est-à-dire fournissant des rayons parallèles) soient vus distinctement. Le Dr Harley rattache cette propriété de l'*Atropine* à la dilatation pupillaire, et pendant quelque temps, j'ai été assez disposé moi-même à partager cette manière de voir, en tenant compte qu'il suffit de regarder à travers un trou d'épingle pratiqué dans une carte, les yeux ayant été préalablement soumis à l'influence de l'*Atropine* pour qu'aussitôt la vision redevînt possible. Mais la chose s'explique facilement en tenant compte que, par ce procédé, les rayons qui pénètrent dans l'œil deviennent presque parallèles, et l'on peut faire à la théorie irienne de l'accommodation des objections irréfutables. Il n'existe aucune relation de cause à effet entre la mydriase et la difficulté de voir de près qu'entraîne l'*Atropine*, et M. Sælberg Wells (1) a reconnu qu'en instillant dans l'œil une solution excessivement faible de cette sub-

(1) Diseases of the Eye.

stance (1 grain environ dans 8 à 10 onces d'eau) l'on produit une dilatation de la pupille sans paralysie de l'accommodation. Il existe, en outre, une observation d'absence complète de l'iris avec persistance de l'accommodation. Il suffisait néanmoins d'instiller de l'*Atropine* pour la paralyser. Il nous faut donc revenir sur la théorie généralement acceptée aujourd'hui, par suite de laquelle les fibres circulaires du muscle ciliaire seraient les agents des diverses transformations qui permettent la vision des rayons divergents. Il est, en outre, probable qu'ici comme dans l'iris, l'*Atropine* excite les fibres radiées antagonistes et que leur contraction contribue au résultat.

Je ne puis, toutefois, partager l'opinion de Pereira lorsqu'il soutient que le trouble de la vision résultant d'un empoisonnement interne par la *Belladone* « est en partie ou totalement de la presbytie ». On a noté des cas où la vision s'affaiblissait et devenait confuse sans qu'il y eût la moindre mydriase. Il est probable, dès lors, qu'il n'existait pas non plus de paralysie de l'accommodation (1). Quant à « la cécité » que l'on a si souvent observée après son ingestion, je crois qu'il la faut attribuer à une influence anesthésique directe, s'exerçant sur la rétine comme sur les divers points de la terminaison des nerfs. L'efficacité de la *Belladone* dans l'amaurose dépend-elle d'une action de ce genre, je l'ignore. Toujours est-il que les symptômes d'hypérémie avec photopsie et

(1) Voir Hahnemann, *Mat. medica*, Part. III, S. 545, 546.

(2) Voir Hahnemann, S. 553, 554.

44 BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ HOMŒOPATHIQUE.

chromopsie (telles que étincelles, flammes lueurs et irrisation des surfaces brillantes) sont habituelles dans ces cas et font supposer une congestion de la reime, dont les symptômes se retrouvent dans la pathogenèse de ce médicament.

Traduit par le D^r D. PARENTEAU.

A suivre.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES.

TRIMESTRE DU 1^{er} MARS AU 1^{er} JUIN.

--

Il y aurait avantage pour un enseignement clinique à rapprocher les observations de cas analogues. Comme c'est un compte rendu du service que je me propose seulement, je suivrai la liste des lits et des salles, en commençant par les femmes, et selon les notes, très intelligemment prises, que m'a remis notre interne dont je me plais à louer l'attention près des malades, et l'esprit médical.

SALLE DES FEMMES.

1^{re} OBSERVATION.

Convalescence de fièvre typhoïde.

Lits nos 1 et 4. — 15 décembre — 17 mars : — 28 mars — 3 avril.

Mlle X., domestique, âgée de 20 ans, en est au 70^e jour d'une fièvre typhoïde dont l'observation a été

donnée au trimestre précédent. Elle paraît assez bien remise, si ce n'est que les forces reviennent lentement, l'appétit est engourdi; il n'y a pas de fièvre, mais un pouls petit et fréquent, qui tient probablement à une alimentation encore insuffisante, comme dans les cas analogues, où l'appétit languit avec une constipation rebelle contre laquelle on vient de donner *nux vom.* pendant une huitaine de jours sans succès. Je prescris *thebaïcum* 6° qui, en quelques jours, relève l'énergie des fonctions digestives et les contractions intestinales; et la malade sort de l'hôpital tout à fait guérie, mangeant bien, allant régulièrement à la garde-robe, le 17 mars.

Onze jours après elle rentre dans la salle avec de la fièvre et un malaise général avec indigestion, dont elle a été prise la veille, étant très effrayée et craignant une rechute. Il y a peu de fièvre: le thermomètre marque 38°; le pouls est à 112. La langue est blanche, le teint légèrement subictérique; le ventre sans douleurs, peu développé; les garde-robes ont été la veille abondantes et diarrhéiques. Je prescris *aconit* 3°.

Le lendemain la nuit a été bonne, le pouls est tombé et la température reste à peine plus élevée que la normale; l'appétit revient, mais on prescrit que l'alimentation soit légère, et on maintient *aconit* 3° pendant deux jours.

Le 3° jour, il reste quelques douleurs rhumatoïdes dans le tronc, les bras et les jambes; *bryone* 3°. La malade se lève, et le 3 avril elle sort tout à fait bien.

2^e OBSERVATION.*Erysipèle de la face.*

Lit n° 2. — 26 février — 8 mai,

Mlle X., âgée de 27 ans, est malade depuis deux jours ; elle a eu des malaises, des frissons, une grande courbature générale ; puis la figure est enflée.

La face est toute rouge, bouffie, luisante, surtout au front, sur les yeux, et les pommettes. Il y a, un peu au-dessus de la racine du nez, un petit bobo qu'on peut considérer comme ayant été le point de départ et le centre du gonflement actuel. La malade se plaint très vivement de la tête, et presque tout le cuir chevelu est très sensible au toucher. La langue très sale, d'un blanc brunâtre en avant, et plus foncée en arrière. La fièvre est d'ailleurs modérée, le pouls à 90 ; la température à 39°5. Cette fille est d'apparence forte, mais plutôt petite que grande, ramassée, boulotte et lymphatique. On prescrit *belladone* 3^e, un peu de bouillon coupé.

27 février. — La nuit, l'agitation a été extrême, avec une soif très prononcée. Le gonflement de la figure s'accroît en gagnant du côté droit ; le bord dur du gonflement est au-dessus du sillon nasolabial ; sur la joue gauche apparaissent quelques phlyctènes, le pouls est à 96. Température du matin 40°. — *Belladone* 3^e, et *china* T. M. 10 gouttes. — Le soir, temp. 40.

28. — La nuit a été meilleure, moins d'agitation ; les phlyctènes se sont crevées et se vident. Pouls à 85 ; temp. 38°. — Même traitement.

Le soir, pouls à 90 ; temp. 39,5.

1^{er} mars. — Il semble qu'il y ait de l'aggravation ; la malade se plaint davantage ; la tête est très douloureuse au toucher, et cependant le haut du front et le cuir chevelu ne paraissent pas envahis, non plus que les oreilles. Le pouls est à 88 ; temp. 40.5. Même traitement, *Bellad.* 3°, *china* T. M. 10 gouttes.

Le soir, temp. à 41.

2 mars. — L'agitation de la nuit a été encore considérable. Ce matin il y a une grande prostration et un peu de délire. Le cuir chevelu est pris dans presque toute son étendue. Cependant, le pouls reste à peu près le même, 92 ; et la température a baissé, 37.5. Les phlyctènes se sont étendues sur la joue et vers le front. — J'indique que la baisse thermométrique de ce matin est un bon signe après l'élévation d'hier soir ; mais pour parer à l'éventualité d'accès qui sont une possibilité dans ces cas, et que le grand écart de la température peut signaler, je prescris une dose de sulfate de quinine de 60 centigr. pour ce matin ; et pour la journée, *rhus tox.* 3°, et *china* T. M. à prendre en alternant. Le soir, temp. à 41.

3 mars. — Le mieux est sensible ; temp. 38.4 ; le soir, 39.8. Il n'y a rien de particulier.

6 mars. — Le mieux s'est accentué graduellement ces jours-ci. Le gonflement est bien moindre, toujours avec un peu de dureté ; la desquamation se fait. Il n'y a plus d'agitation, les nuits sont tranquilles ; mais un peu de diarrhée, peut-être en raison du sulfate de quinine qu'on a continué quatre jours. Le pouls est à 78 ; la température à 37.6 et elle tombe ce

soir à 36.3. — On prescrit seulement *metall. alb.* 3°. Alimentation légère.

10 mars. — La fièvre a cédé depuis deux jours, mais en même temps la malade a recommencé à se plaindre de la tête : il y a un malaise fébrile ; la langue, qui s'était un peu nettoyée, est plus sale. La malade se plaint du derrière du cou, où nous trouvons une nouvelle poussée de gonflement érysipélateux qui descend sur tout le dos jusque passé la ceinture. Hier soir, le thermomètre est monté à 38.6 ; il est le matin à 37.3. Je prescris de réduire l'alimentation à du bouillon, et je fais reprendre *china* T. M. et *rhus* tor. 3°.

Le soir, tempér. à 39.

19 mars. — La temp. est redescendue à 36.8 le matin, 37.2 le soir. La fièvre est calmée ; la rougeur s'éteint dans le dos : la desquamation s'accroît sur la figure : les phlyctènes desséchées tombent. Mais il reste du malaise, l'appétit ne revient pas ; tout ne semble pas terminé. On maintient *china* T. M. seul.

19 mars. — Ces jours derniers, la malade ne se remettait pas tout à fait ; il y avait toujours un peu de malaise, sans vraie fièvre ; l'appétit était nul. On devait craindre une nouvelle poussée, et, en effet, elle s'est faite dans la nuit, à la face, au sourcil gauche. Pouls à 86. — Temp. 38.5. Même traitement ; *china* T. M. 10 gouttes.

20 mars. — La nuit a été très agitée ; la poussée s'est continuée sur la face du côté gauche ; l'œil est extrêmement bouffi, tout à fait fermé ; une nouvelle

poussée de phlyctènes s'est faite à côté des anciennes. Pouls à 84; temp. 37.5. — *Rhus tox.* 3^e et *china* T. M.

Le soir, temp. à 40.7.

21 mars. — La nuit a été encore très agitée, avec un peu de délire. Toute la face et le front sont complètement pris, très tuméfiés et luisants; les deux paupières supérieures très œdématiées, tout à fait fermées. Pouls, 84; temp. 38.5. — Même traitement.

Le soir, temp. 38.3.

22. — Le gonflement est encore considérable, mais un peu moins luisant et moins tendu, les yeux sont toujours fermés. Il y a quelques nausées sans vomissement. La fièvre est tombée. Pouls à 72; temp. à 37°; le soir, 37.2. On continue *china* et *rhus tox.*

A partir de ce jour, la maladie semble enrayée; il n'y a plus de fièvre; le gonflement diminue progressivement; la desquamation commence le 27 mars, en même temps que les yeux se rouvrent; la céphalalgie disparaît complètement; les nuits sont bonnes.

27 mars. — La malade continue à s'améliorer de jour en jour, mais lentement. Tout gonflement a disparu; il n'y a plus de fièvre; mais l'état général est languissant, les forces reviennent lentement, l'appétit reste nul. La malade se lève, mais en accusant une grande faiblesse. *Nux vom.* 3^e.

5 avril. — Amélioration lente des forces. — Le 7, les règles arrivent à leur époque, mais avec des douleurs très violentes dans le ventre et l'estomac, et difficilement. *Veratr. alb.* 3^e, *cupr.* 6^e.

10 avril. — L'inappétence se maintient; et il vient

s'y joindre des douleurs extrêmement violentes. *Métall. alb.* 6°.

17 avril. — La gastralgie a disparu. L'état général est meilleur ; mais il y a toujours de l'inappétence et de la faiblesse. *Nux vom.* 6°.

25 avril. — L'appétit semble revenir, mais la faiblesse est toujours grande. En même temps la malade se plaint de vertiges et de palpitations. *Métall. alb.* 12°.

1^{er} mai. — La malade revient de jour en jour à son état normal, et se sent plus forte. Mais ayant voulu aller au jardin, elle y est prise d'une lipothymie qui me paraît être de nature hystérique. *Puls.* 200°. Le 8 mai, elle quitte l'hôpital, tout à fait mieux, mais ayant encore besoin de reprendre des forces qu'elle va aller chercher à la campagne.

Je dois faire deux remarques sur ce cas très intéressant. L'état pathologique a été des plus sérieux. A un moment la poussée dans le dos avec délire et une température de près de 41 degrés, l'ensemble des phénomènes d'intelligence et de sensibilité, la langue devenue brunâtre et desséchée me firent craindre une terminaison funeste. C'était un état grave comme j'en avais vu se terminer moins heureusement. La convalescence s'en est ressentie dans sa longueur, encore cependant qu'elle n'ait pas dépassé, tant s'en faut, la durée ordinaire, car l'érysipèle est la maladie dont la convalescence se prolonge le plus longtemps. Il n'est pas rare de voir des malades s'en ressentir pendant six semaines et même plus, soit par un épaississement des tissus envahis, qui se prolonge et ne se

résout que très lentement, soit par de petites poussées se succédant à une ou deux semaines d'intervalle, soit par un malaise général, et une faiblesse extrême que j'ai vus chez quelques malades se prolonger plusieurs mois.

J'ai surtout agi avec le *china* T. M. parce que dans un cas en ville où j'avais voulu me tenir à la 6^e et à la 3^e dilution, j'ai dû en venir à la teinture mère. Je crois que dans les cas non graves, la 6^e ou la 3^e suffisent; mais dans les cas graves il faut augmenter la dose comme je l'ai fait d'emblée dans le cas présent. Cependant je crois que, même à haute dose, le *china* n'est pas suffisant, et plusieurs fois j'ai constaté, comme dans le cas présent, l'utilité de lui associer *rhus tox* surtout lorsqu'il y a des phlyctènes plus ou moins abondantes. Dans un autre cas analogue je m'étais également très bien trouvé d'*arnica*, mais ce médicament me paraît mieux répondre par ses phénomènes à l'eczéma aigu, ou lorsque dans l'érysipèle les phlyctènes sont très petites et multipliées.

Enfin je remarque l'emploi que j'ai fait simultanément du *china* et du sulfate de quinine, parce que je fais une grande différence entre leurs actions. Le *china* en teinture mère ou en dilutions me paraît mieux répondre à l'état général et à celui de la peau : la quinine reste le médicament du mouvement fébrile par accès francs ou larvés. Il est vrai que la quinine agit très bien sur la peau, et la preuve en est la poussée fréquente d'urticaire qui suit son administration chez quelques malades. Il y a plusieurs années je l'employais exclusivement avec *rhus* dans l'érysi-

32. PULVÉRISÉ ET LA SOCIÉTÉ HOMÉOPATHIQUE.

Leur usage : plusieurs des malades m'a démontré qu'il était inférieur au chiua ou à la macération légère de quinquina pour modifier l'état cutané dans cette maladie et que dans le cas où on veut atteindre le maximum fébrile général grave le chiua est inférieur à la quinine.

3^e OBSERVATION.

Taraxacum de fièvre typhoïde.

Lit n° 3. — 12 janvier — 21 mars.

Mlle ... âgée de 27 ans, couturière, est en convalescence d'une fièvre typhoïde. Elle est dans nos salles depuis plus de trois mois, toujours alitée. Elle a eu antérieurement une métrite qui n'a pas disparu pendant sa fièvre et qui semble être la cause d'une grande sensibilité du ventre, lequel est toujours gonflé. Il y a en même temps une constipation tenace. La présente fièvre ?

Le 12 au 13 mars, cette médication est continuée avec succès la sensibilité du ventre diminue; la malade commence à se lever; les garde-robes reprennent leur cours.

Cependant, les digestions restent lentes et difficiles avec gonflements, malaises et gaz après les repas. On donne *Taraxacum* 3^e du 12 au 21 mars, et la malade sort se trouvant tout à fait bien.

4^e OBSERVATION.

Phlébite variqueuse.

Lit n° 5. — 12 janvier — 13 mars.

Je n'ai vu cette femme (âgée de 40 ans) que pendant

quelques jours. Il ne restait que quelques douleurs dans les veines des jambes, veines encore très gonflées et même sensibles à la pression. Son observation est relatée au compte-rendu du trimestre précédent. Du 1^{er} au 13 mars, je prescrivis *Hamamelis* 3^e qui amena une grande détente dans les veines des membres ; et la malade sortit de l'hôpital, se sentant en état de reprendre son travail.

5^e OBSERVATION.*Angine couenneuse légère.*

Lit n° 5. — 19 mars — 24 mars.

Mlle X. 18 ans, d'une bonne constitution en apparence, et habituellement bien portante, entre dans nos salles le 19 mars, ayant été prise il y a huit jours d'un très violent mal de tête, avec frissons, malaise général, et perte d'appétit. Depuis trois jours, elle a senti sa gorge se prendre, avec fièvre, gonflement qu'elle sent dans la gorge, et difficulté d'avaler.

A l'examen toute la gorge est gonflée, d'un rouge foncé violacé ; les amygdales surtout sont volumineuses. En même temps il y a une grande sensibilité sous l'angle des mâchoires, surtout à gauche, et l'on y perçoit les ganglions très sensiblement grossis et douloureux. La fièvre est modérée. *Bellad.* 3.

20 mars. — L'état général est le même. Dans la gorge, le gonflement et la rougeur sont sensiblement les mêmes ; mais il y a en outre plusieurs plaques blanches nacrées des deux côtés et surtout sur l'amygdale gauche. La voix est devenue rauque.

24 MARCHÉ DE LA SOCIÉTÉ HOMŒOPATHIQUE.

~~On a~~ ~~très~~ ~~oppression~~ nocturne. Le pouls à 112. —
~~Malade à~~ ~~marc~~ ~~quant~~ 2.

25. — ~~Le~~ ~~état~~ ~~reste~~ stationnaire — Même traite-
~~ment~~.

26. — ~~La~~ ~~malade~~ ~~est~~ beaucoup mieux, la gorge
~~est~~ ~~moins~~ ~~gonflée~~ ; les plaques blan-
~~ches~~ ~~ont~~ ~~disparu~~. Les ganglions sous-maxillaires sont
~~moins~~ ~~sensibles~~, la nuit a été bonne,
~~une~~ ~~oppression~~. Le pouls est à 76, la malade demande
~~à~~ ~~sortir~~. Même traitement.

27. La malade se trouve tout à fait bien, s'est
~~levée~~ ~~hier~~ toute la journée et a mangé comme en
~~habituel~~. Elle est guérie, et quitte l'hôpital.

6° OBSERVATION.

Fièvre typhoïde, de forme thoracique.

Lit n° 5. — 27 mars — 12 juin.

Le 27 mars nous arrive une jeune fille âgée de 17
ans, pâle, chlorotique, un peu bouffie, d'une constitu-
tion d'apparence très délicate, et qui se dit souffrante
depuis une quinzaine, s'étant mise au lit il y a huit
jours, avec mal de tête, fièvre, malaise général, man-
que d'appétit, douleur vive dans le côté droit de la
poitrine. Son état s'est aggravé de jour en jour, et
aujourd'hui, elle se plaint encore de sa céphalgie très
vive et de sa douleur de côté accompagnant une
grande oppression. La fièvre est forte, pouls à 112,
temp. à 40°. La langue est blanche, sale, rouge à la
pointe. Il n'y a pas de diarrhée, pas de taches sur le
ventre ; mais l'abdomen est gonflé et douloureux,

surtout dans la fosse iliaque où on perçoit un gargouillement léger.

A l'auscultation il y a des râles sibilants en grande abondance, des deux côtés et du haut en bas, un peu plus obscurs en bas à droite, au niveau de la douleur intercostale, où la percussion dénote en même temps une *submatité* appréciable.

Le diagnostic est douteux au premier abord. L'affection thoracique domine comme catarrhe aigu. Cependant il y a un ensemble dans l'état de la malade, une certaine obtusion de l'intelligence et de la sensibilité, l'intensité de la céphalalgie et les malaises du côté du ventre, la marche même des phénomènes qui a été graduellement croissante et différente de la marche du catarrhe, d'où j'infère qu'il y a là une fièvre typhoïde à forme thoracique. — Je prescris *bryone* 3° et *cantharis* 3°.

28 mars. — La nuit a été très mauvaise, avec beaucoup d'agitation et un délire léger. L'oppression est extrême comme dans un catarrhe suffocant. L'état des bronches est le même. Pouls à 120 ; temp. 39,3. — *Bryone* 3° et *phosphorus* 3.

Le soir l'oppression est considérable. Temp. 40,2.

29 mars. — La nuit a été encore mauvaise ; l'oppression est encore considérable, avec une anhélation comme dans les grandes crises d'asthme ; la figure est grippée, les lèvres légèrement violacées. Il y a 30 inspirations par minute ; le pouls est à 120 ; la temp. à 38,8. les râles sibilants dans toute la poitrine sont mêlés à des râles muqueux vers les sommets, et à des râles très fins en bas et à droite. Dans

tout ce côté droit la respiration est d'ailleurs très obscure, et vers le tiers moyen on perçoit un peu de souffle à l'inspiration. Dans le même point il y a un peu de submatité; dans tout le reste de la poitrine la percussion donne une très grande sonorité de la poitrine. — *Carbo vegetab.* 6°; une dose de sulfate de quinine de 30 centigr. pour ce matin.

La journée est un peu moins mauvaise; le soir, temp. à 39,7.

30 mars. — La nuit a été moins mauvaise; il y a moins d'oppression. L'état de la poitrine reste le même. Pouls à 120; temp. à 38,3. — Même traitement.

Le soir, temp. à 39,6.

31 mars. — L'oppression est encore grande, mais l'essoufflement moins prononcé; la figure est encore anxieuse, les traits tirés; les ailes du nez battent comme des ailes d'oiseau. Cependant, il y a eu plusieurs moments de sommeil. La poitrine reste dans le même état avec plus de perméabilité à l'air, en ce sens que le bruit respiratoire s'entend mieux avec l'abondance des bruits sibilants un peu moins forts; le souffle léger à droite est peut-être moindre, ainsi que la submatité dans le même point, le pouls demeure à 120; la température est à 39. La malade se plaint du ventre qui est ballonné, avec un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Toujours point de taches. *Carbo vegetabilis* 6° et *kali hydriod.* 3°. — Le soir temp. à 39,5.

1^{er} avril. — La nuit a été décidément meilleure; l'oppression est bien moindre ce matin. Des deux côtés

de la poitrine les bruits sont bien moindres, mais la bruit vésiculaire est à peine perceptible; la sonorité à la percussion est partout très grande, sauf dans le tiers moyen du côté droit où la submatité persiste légèrement ainsi que le bruit de souffle très atténué. Le ventre est toujours ballonné et sensible. Il y a un peu de diarrhée ce matin. Pouls 120; temp. 38,5 même traitement et en plus une dose de 50 centigr. de sulfate de quinine.

Le soir, temp. à 40.

2 avril. — Le mieux s'accroît du côté de la poitrine, le ventre reste ballonné et sensible; quatre selles en diarrhée. Pouls à 112; temp. 39. — Même traitement. — Le soir temp. à 39,4.

3 avril. — L'oppression est un peu plus forte, les râles plus retentissants et plus nombreux à gauche; à droite submatité moindre, souffle à peine perceptible, la diarrhée continue. Pouls 112; temp. 38,9. *Carbo veget. et kali hyd.* sans quinine.

Le soir, temp. 40.

4-5 avril. — Le mieux s'accroît; la malade peut maintenant rester couchée, et a passé une bonne nuit tandis que les jours précédents elle était presque constamment assise dans son lit. Le ventre est toujours ballonné et sensible; la diarrhée continue. Pouls à 100; temp. 38,5. — Le soir, temp. 39,8. *Carb. veget. 6^e metall. alb. 3^e.*

8 avril. — La malade se sent beaucoup mieux de sa poitrine; elle respire librement et dort, mais agitée; elle se plaint du ventre et la diarrhée persiste.

Pouls à 100; temp. 37°; *carb. veg.* 6; *ars.* 3; et 50 centigr. de sulfate de quinine.

Le soir, temp. à 39,9.

10 avril. — Il y a toujours de l'oppression à gauche; il n'y a presque plus de râles; mais à droite la matité s'est étendue dans tout le bas du côté et dans le creux axillaire comme s'il y avait un épanchement dans la plèvre; en même temps le souffle est plus accentué, absence totale de murmure vésiculaire et de l'égophonie; la malade se plaint d'un point douloureux dans le même côté. Pouls à 100; temp. 39,7, le soir, temp. à 39,5. — *Carbo veg.* 6 et *bryon.* 3.

13 avril. — L'état s'améliore; cependant la malade se plaint beaucoup de son côté droit, et est un peu plus essouffée, les bruits sibilants sont plus accentués du côté gauche; à droite la submatité est moindre et le souffle très diminué, sans égophonie. La diarrhée est arrêtée depuis avant-hier, mais le ventre reste ballonné et sensible. Temp. 3,8. — *Kali hydr.* 3°, *bryon.* 3°. — Le soir, temps. 39,5.

19 avril. — L'essoufflement n'existe presque plus; le poumon gauche est complètement dégagé; à droite, le souffle et la submatité encore appréciables; la douleur de côté a disparu. Le ventre paraît calme; la diarrhée n'a pas reparu; le pouls demeure à 100. Temp. 37,5. Le soir, 38,2. — L'appétit est toujours presque nul; la langue, qui a toujours été à peine sale, est presque nette. Tout l'ensemble morbide semble s'être réduit à ce qui reste dans le côté droit de la poitrine, comme s'il y restait un peu d'eau dans la plèvre. *Canth.* 3°, *bryone* 3°. — Le soir, temp. 38,5.

20 avril. — Hier et depuis avant-hier, il y a eu un peu plus de toux, encore que l'état de la poitrine soit meilleur; et l'autre nuit, cette dernière surtout, la toux est revenue par quintes, qui se suivent de plus en plus violentes. Le pouls reste à 100; temp. 37. — *Ipeca 3^e, nux vom. 3^e*. — Le soir, temp. 38.2.

22 avril. — L'état de la poitrine est presque bien, les râles très rares, le côté droit presque naturel, sauf quelques râles; mais les quintes de toux persistent et sont extrêmement fatigantes. Temp, 38°. — *Pulsat. 3^e*. — Le soir, temp. 38.9.

26 avril. — L'état de la malade s'améliore; les quintes sont beaucoup moindres, mais l'oppression a reparu. Pouls à 100; temp. 39.2. — *Kali hydr. 1^{re}, 10^e*. — Le soir, temp. 38.

28. — Les quintes de toux ont reparu, et l'oppression se maintient. Pouls à 112; temp. 39.6. — *Kali hydr. 1^{re}/10^e. pulsat. 3^e*, et 50 centigr. de sulfate de quinine.

2 mai. — On a continué le même traitement, et la malade se trouve beaucoup mieux. Elle commence à manger, mais se sent très faible, et même s'est trouvée mal ce matin à plusieurs fois. Les quintes n'existent plus. A l'auscultation, la poitrine est bien des deux côtés, sauf dans ce point où était le souffle dont on perçoit un soupçon avec beaucoup d'attention; le murmure vésiculaire s'entend partout, mais obscur; grande sonorité partout à la percussion. Rien du côté du cœur dont les battements sont très faibles. Pouls à 80; temp. à 37.7 le matin, 38.2. le soir. — *Metall. alb. 3^e, moschus, 3^e*.

7 mai. — La malade s'est améliorée tous ces jours derniers ; elle mange un peu, dort bien, et tousse à peine ; la température n'a pas dépassé 38.6. Mais dans la nuit elle a été prise subitement d'une violente douleur dans le côté gauche ; rien à l'auscultation. La température n'est qu'à 37,8. — *Ranuncul. bulb.* 3°.

10, 11 et 12 mai. — Le point de côté a cédé, mais le côté droit semble se reprendre ; il y a des râles sibilants, et l'on perçoit un soupçon de l'ancien souffle. La température reste au dessous de 38. *Canthar.* 3°.

13 mai. — La fièvre a repris hier soir. La température, qui n'était qu'à 37.2 le matin, est montée le soir à 39.7. L'oppression est très violente. *Kali hydr.* 3°, et 50 centigr. de sulfate de quinine.

16 mai. — On a continué le même traitement, et l'amélioration semble se produire chaque jour ; la convalescence s'affirme. La température ne dépasse pas 39, et se rapproche de 37. L'appétit reste médiocre, on pousse la malade à s'alimenter, *nux vom.* 6°.

Le 18, la température tombe à 37, pour monter le soir à 39.5, et pendant cinq jours se produisent les grandes oscillations de la fièvre typhoïde, tombant presque à 36,6 le matin, remontant à 39.8. On donne *nux puglans* 1° seul, qui semble modifier avantageusement le mouvement fébrile et l'état de la digestion. Le ventre est moins ballonné et moins sensible ; les garde-robes se font naturellement.

A partir du 23, la fièvre est définitivement tombée ; les quintes ont disparu ; la voix présente encore quelque chose de chevrotant dans un point à gauche, en arrière, mais c'est à peine sensible, et il n'y a plus de

bruits. On donne *sulfur*. 3^e, jusqu'à la fin du mois. Les forces reviennent, la malade se lève à partir du 1^{er} juin, en même temps qu'elle prend *iodium* 3^e jusqu'à sa sortie le 12 juin.

— J'ai indiqué comment, dès l'entrée de cette malade à l'hôpital, j'avais entrevu, sous tout l'appareil d'un mouvement morbide pulmonaire, une affection typhoïde de forme thoracique. J'estime encore que toute la suite de la maladie a confirmé ce diagnostic. Encore bien qu'il n'y ait pas eu de taches, au moins je n'en ai pas vu, il est impossible de voir là un simple catarrhe suffocant, si l'on veut bien lire le récit précédent.

La maladie a duré trois mois ; et vers la fin, quand il n'y a plus rien dans la poitrine depuis plus de dix jours, se produisent les grandes oscillations de température qui caractérisent la fin de la fièvre typhoïde. La maladie paraît avoir débuté vers le 14 mars, et le 7 avril, après une première période de 21 jours, apparaissent les premières grandes baisses du thermomètre qui peuvent faire espérer une terminaison favorable, encore bien qu'elles s'accompagnent d'une hausse qui dépasse 40°. Vient ensuite une période d'oscillations très variables approchant ou dépassant même 40°, mais aussi descendant au-dessous de 38 ou même jusqu'à 37, en se maintenant dans les environs de 38, jusqu'au moment des dernières grandes oscillations de la fin. Cette marche seule suffirait à caractériser la maladie, quand il n'y aurait pas eu l'état d'obscureissement de l'intelligence et des sens, la dilatation des pupilles, et la marche de l'état pulmonaire

tout différent de ce qu'il est dans le vrai catarrhe suffocant dont l'attaque brusque, violente, jette tout son feu dès le début, ou présente une ascension régulièrement croissante. Quant aux taches, on sait qu'elles sont souvent à peine perceptibles, ou même n'existent pas dans certains cas de fièvre ataxique ou de fièvre prolongée.

Je n'ai que peu de chose à dire du traitement, si ce n'est à me féliciter du *Carbo vegetabilis* et du *Kali hydriod.* dans les grandes crises d'oppression catarrhale, et du sulfate de quinine que je n'ai pas la prétention de donner comme arrêtant les accès dans la fièvre typhoïde, mais comme les modérant, comme amenant surtout les grandes baisses qui rendent les grandes ascensions moins dangereuses, et permettant de franchir les pas difficiles quand ils peuvent être franchis. Il n'est que trop vrai d'ailleurs, qu'il échoue dans les cas les plus graves, quand la température dépasse 42°, comme je l'ai vu récemment, alors que l'art se trouve désarmé. Je noterai aussi l'action de *nux puglans* que j'emploie depuis peu de temps pour modérer la fièvre à accès intermittents mal réglés, et qui a l'avantage de modifier le jeu des fonctions intestinales surtout s'il y a de la constipation. C'est un médicament que je crois très supérieur au *Baptisia* et qui mérite d'être étudié non seulement pour les cas chroniques de scrofule, dans lesquels on l'emploie selon la tradition, mais aussi dans les fièvres typhoïdes de forme commune, où il me semble, d'après sa pathogénésie, mieux indiqué que le remède américain.

7^e OBSERVATION.*Bronchite chronique.*

Lit n° 7. — 26 février — 25 mars.

Mlle X..., âgée de 45 ans, domestique, entre dans nos salles pour une recrudescence de Bronchite chronique, ayant eu un léger point de côté, six jours avant son entrée. Elle a peu de fièvre. La poitrine est sonore partout avec des râles sibilants et muqueux disséminés; râles muqueux à grosses bulles, dans les grosses branches vers le rachis et vers les bases; crachats abondants spumeux blanchâtres, non sanguinolents; quintes de toux fréquentes avec oppression, surtout la nuit, empêchant le sommeil. *Aconit* 3^e et *ipeca* 3^e alternativement modifient l'état aigu pendant une dizaine de jours. On donne ensuite *bryone* 3^e et *tartarus* 6^e en raison de l'abondance de l'expectoration et de l'oppression. Elle les continue, jusqu'à sa sortie, se trouvant très-améliorée.

8^e OBSERVATION.*Erysipèle léger.*

Lit n° 7. — 30 mars — 16 avril.

Mlle X..., âgée de 31 ans, femme de chambre, est atteinte d'un élephantiasis du nez, depuis plusieurs années. Elle l'a sans doute écorché, et de là un petit gonflement érysipélateux qui s'étend au nez, à l'œil et à la joue gauche, avec très peu de fièvre. *China* 6^e et *Rhus tox.* 3^e arrêtent ce mouvement morbide, et la desquamation commence le 3^e jour, en

même temps que la fièvre tombe. Il reste un peu d'épaississement des tissus envahis pendant une dizaine de jours, et la malade sort de l'hôpital le 16 avril.

9^e OBSERVATION.

Pleurésie.

Lit. n^o 8. — 20 mars — 2 mai.

Mlle X... 51 ans, domestique, toussé depuis longtemps, ayant habituellement un peu de catarrhe. Elle a été fatiguée dans ces derniers temps, dans son service, a passé des nuits, a probablement eu froid sans s'en apercevoir et souffre depuis trois semaines d'un point de côté, qui finalement l'a obligée de s'aliter il y a cinq jours, se sentant des frissons et de la fièvre.

A l'examen nous trouvons : matité franche s'étendant à tout le poumon gauche en arrière, se prolongeant sur le côté jusqu'à la région cardiaque, sans déviation du cœur; à l'auscultation les bruits respiratoires s'entendent à peine au sommet; ils sont nuls à la partie inférieure, et remplacés au tiers supérieur par un souffle très net; l'égophonie s'entend dans les deux tiers inférieurs.

La nuit a été mauvaise par l'insomnie; impossibilité de rester couchée sur le dos et sur le côté droit.

Tempér. du soir 40.3. — *Bryone* 3°, *canth.* 3°.

21 mars. — Nuit très agitée; toux fréquente; état comme hier. Pouls 116; temp. 39°. Le soir 39°. Même traitement.

24 mars. — L'état se maintient à peu près le même. Nuit toujours agitée par l'impossibilité de dormir sur le dos et le côté droit. Etat nerveux; irritabilité;

plaintes et gémissements; oppression assez forte. L'épanchement occupe régulièrement les deux tiers inférieurs du côté gauche. La toux est fréquente, nerveuse. La fièvre est un peu moins forte. Pouls 112; temp. 38,2. *Bryon.* 3^e et *canthar.* 3^e, 50 centigr. de sulfate de quinine, en raison de l'aggravation du soir.

Le soir, temp. à 39,3.

28 mars. — L'état s'est amélioré pendant ces trois jours; la température s'est maintenue entre 38 et 39. Il y a moins d'oppression et moins de toux; un peu d'expectoration. La respiration commence à s'entendre et le souffle disparaît dans les deux tiers inférieurs à gauche, là où on l'entendait. Le pouls est à 92; la température à 38. — *Bryone* 3^e, *canth.* 3^e.

1^{er} avril. — Le mieux s'est accentué; l'oppression est très sensiblement diminuée; la malade ne se plaint plus de son côté, et commence à se coucher sur les deux côtés. Le souffle a disparu tout à fait; et à sa place on perçoit des frottements, surtout dans le tiers moyen, en arrière. La tempér. est à 38,4 le matin, 38,7 le soir. — Même traitement.

8 avril. — Il y a encore un peu de fièvre, 37,6 le matin, 38,4 le soir; mais l'état général est bien meilleur, ainsi que l'état local; la malade commence à bien manger; l'oppression est très peu de chose, la toux presque nulle, l'expectoration bien diminuée; les nuits bonnes. La respiration naturelle s'entend à peu près partout, sauf dans le bas, où il y a un peu d'égophonie et des frottements rudes; le creux axillaire est tout à fait dégagé. Même traitement.

20 avril. — La fièvre est tombée entièrement; la malade mange de bon appétit comme à son ordinaire; elle commence à se lever. Il n'y a plus d'égophonie; les frottements sont pour ainsi dire insensibles; seulement un peu d'obscurité du son à la base, en la percutant, et à l'auscultation. *Hepar sulf.* 6°.

23 avril. — Reprise du point de côté, avec un peu de fièvre; rien de saillant à l'auscultation. *Bryone* 3°.

Les jours suivants la malade se trouve très bien; le point de côté n'a pas eu de suites; elle se lève et descend au jardin, et quitte l'hôpital le 2 mai.

10^e OBSERVATION.

Métrorrhagie.

Lit n° 10. — 15 février — 12 avril.

Mme X., âgée de 19 ans, était sujette à des règles abondantes et toujours en avance; puis les pertes s'établirent tout à fait sans intermission pendant un an. Elles diminuèrent alors, et même semblèrent s'arrêter pendant quelques semaines. On crut que c'était terminé, et qu'on pouvait la marier; mais après quelques semaines de mariage, les pertes reparurent, et durent depuis trois semaines sans arrêt au moment de son entrée à l'hôpital, le 15 février. C'est une femme grande et forte en apparence, mais très anémique, présentant un bruit de souffle prolongé à la base cardiaque, et au 1^{er} temps; souffle très intense et bruit de rouet aux carotides. Elle est très nerveuse, et sa sœur, qui a demeuré quelque temps dans nos salles, est une hystérique confirmée.

Du 15 au 22 février, on lui donne chaque jour 25

centigr. de la 2^e trit. de *metall. alb.* et on l'a mise au repos absolu. Mais elle n'a cessé de perdre chaque jour une notable quantité de sang pâle, mêlé à de petits caillots mous noirâtres, qu'accompagnent des coliques utérines.

Du 22 au 26 février, on prescrit *Sabina* 1^{re}/10^e avec le repos absolu. Les pertes continuent à augmenter, ainsi que les coliques.

C'est à ce moment que je vois la malade qui paraît être en bonne santé, sauf ses pertes. Elle n'est point pâle, mais suffisamment colorée ; le pouls est bon, les forces semblent naturelles ; l'appétit est comme en santé ; mais le souffle chlorotique est très fort au cœur et aux carotides. Je désirerais savoir, avant de prendre un parti, s'il n'y a pas quelque lésion, peut-être un polype, ou une métrite avec ramollissement du col ; mais l'examen au spéculum est impossible, l'écoulement sanguin est extrêmement abondant, et la persistance de l'hymen ne permet pas de pénétrer avec un spéculum ordinaire. Momentanément je prescrite *Phosphorus* 6°, et continuation de repos absolu.

5 mars.— L'écoulement est presque arrêté ce n'est plus qu'un suintement minime. Il y a seulement encore de temps à autre de petits caillots qui occasionnent des crampes utérines très vives. On procède à l'examen avec un spéculum très petit et qui pénètre très difficilement, causant de vives douleurs et un état nerveux qui font craindre un retour de la perte. Il n'y a rien, aucune lésion ; le col est parfaitement sain, et comme chez une jeune fille. *Phosphorus* 6° et *rhus tox.* 3°. Continuation du repos au lit.

10 mars.— La perte est complètement arrêtée ; plus de suintement, plus de caillots, plus de orampes utérines. Mêmes médicaments pris seulement quatre fois le jour en alternant ; et pour prudence même repos au lit. On augmente la nourriture en prescrivant un régime fortifiant.

Une dizaine de jours après on permet le lever d'abord pendant quelques heures, puis toute la journée. La malade va et vient dans les salles, descend au jardin, aide les sœurs près des malades, mange et dort bien, sans que rien reparaisse. Je la garde pour attendre le retour des règles, et voir si à ce moment la perte ne se reproduira pas ; mais comme ce retour tarde, la malade quitte enfin l'hôpital le 22 avril, se sentant bien remise et réclamée par son mari. Elle se sent mieux qu'elle n'a jamais été, et ne présente plus qu'un léger souffle à la base du cœur et aux carotides.

11^e OBSERVATION.

Contracture hystérique.

Lit n° 1. — 9 avril — 19 avril.

Il s'agit d'une jeune fille de 13 ans qui en paraît 10, non encore réglée, qui nous est amenée d'un orphelinat. Elle est sujette à avoir des contractures dans les mains et les bras qui la mettent dans l'impossibilité de se servir de ses membres. Elles étaient d'abord passagères, mais elles sont plus longues maintenant ; et depuis plusieurs jours elle est reprise comme elle ne l'a jamais été. Les bras sont semi-contractés et ne peu-

vent s'étendre; les doigts des deux mains sont contractés avec flexion dans la paume de la main, où ils pressent fortement. Impossible de les étendre, même en employant la force. Cette jeune fille n'est pas réglée, et ne présente aucuns signes précurseurs des époques. Elle a l'esprit très obtus et paraît nonchalante. *Bryone* 6^e commencée le 10 avril.

13 avril. — Depuis hier il y avait une légère détente; et ce matin, la contracture a cédé subitement. Elle sort le 19 sans que rien ait reparu.

12^e OBSERVATION.*Catarrhe suffocant.*

Lit n° 4. — 1^{er} avril.

Mlle X, domestique, âgée de 50 ans, est d'une très bonne constitution, très forte, très obèse, prise d'angoisse et d'oppression depuis deux jours. Elle respire à peine, la face est vultueuse, cyanosée, les lèvres violettes, la toux est minime, mais l'oppression est extrême; les crachats en purée, blanchâtres, à peine aérés. La percussion donne une sonorité partout, du haut en bas et des deux côtés. L'auscultation fait entendre des râles sibilants et muqueux, dispersés dans toute la poitrine. Rien de bien marqué au cœur; battements très forts et très fréquents. Le pouls est petit, très fréquent. *Tartarus* 1^{re}, *carbo veget.* 3^e.

2 avril. — L'état est le même, la malade a failli succomber hier soir à 10 heures.

L'oppression a plutôt augmenté que diminué. — Même traitement.

3 avril. — Il y a plutôt un peu moins d'oppression,

mais l'état est toujours très grave ; l'auscultation est la même ; les crachats sont moins abondants, mais la malade semble avoir moins de forces pour expectorer; elle a des tendances à se trouver mal. *Tartarus 1^o, moschus 3*.

4 avril. — L'état est le même, extrêmement bas. Dans la journée un peu de mieux.

La malade meurt subitement le 5 au matin avant la visite.

13^e OBSERVATION.

Chloro-anémie.

Lit n^o 4. — 19 avril — 29 mai.

Une demoiselle de 35 ans, lingère, ayant souffert de misère et de chagrins, se présente avec des douleurs vagues dans le dos, les reins, les épaules, avec du souffle chloro-anémique. Les règles paraissent régulièrement, mais faibles. Le pouls est petit et mou. L'état général est celui d'une personne débile, délicate, chloro-anémique, nerveuse, dormant et mangeant mal, fatiguée et mise à bas par une suite d'émotions tristes et d'événements douloureux.

On lui prescrit d'abord *nux vom.* 12, et *ars* 12^e. Du 19 au 26 avril, les douleurs s'apaisent, l'état général se remonte.

Elle se plaint alors de ses insomnies ; on remplace les deux médicaments précédents par *thebaicum* 1/10^e du 26 au 30.

Le sommeil devient alors meilleur, mais les douleurs reparaissent plus vives. On donne *ferrum*, 3^e

trituration, jusqu'au 4 mai, mais sans succès ; et il semble même que les douleurs deviennent plus fortes au ventre et à l'estomac.

Le 4 mai on prescrit *Belladone* 200°, en vue de l'état hystérique manifeste qui s'accroît, mais aucune amélioration n'est produite, et le 7, *Pulsatilla* 6°, amène de suite un grand apaisement. La malade continue ce médicament, et va se trouvant de mieux en mieux jusqu'à sa sortie, le 29 mai.

14° OBSERVATION.

Névralgies. — Chloro-anémie.

Lit n° 10. — 21 avril — 10 mai.

C'est une jeune femme de 22 ans, institutrice, malade, comme la précédente, de cet état nerveux hystérique et anémique qu'on retrouve chez tant de jeunes personnes filles ou femmes. Elle se plaint de palpitations qui l'étouffent et reviennent incessamment avec des douleurs lancinantes et violentes au cœur. Il y a quelques mouvements de fièvre, passagèrement.

On lui donne d'abord *spigelia* 3° qui calme le cœur ; apaisement des palpitations ; les douleurs lancinantes disparaissent.

Les douleurs voyagent alors dans les côtés du dos, du scapulum, et se prolongent jusqu'aux jambes. *Ruta* 3° les calme.

Enfin les douleurs se portent aux oreilles avec violence. *Belladone* 6°, *hyosciamus* 3° en viennent à bout, et la malade les continue se trouvant mieux de jour en jour, jusqu'à sa sortie, le 10 mai. On a eu soin de

nourrir fortement la malade depuis plusieurs jours, et j'estime que l'alimentation très substantielle et abondante a aidé singulièrement à l'action des médicaments. C'est ce qui arrive dans beaucoup d'états nerveux, mais encore faut-il que les malades puissent manger, et les médicaments ont précisément cette action de favoriser l'assimilation, et par cela même l'appétit et la digestion.

15° OBSERVATION.

Hoquet hystérique.

Lit n° 8. — 8 mai — 19 mai.

Mlle X, ouvrière, âgée de 25 ans, se rattache encore à ces cas d'affection nerveuse dont je viens de parler, mais sous une forme toute particulière et très intéressante.

Elle est atteinte depuis plusieurs mois de crises de hoquet qui lui viennent de plus en plus fréquemment, qui dureraient peu il y a quelques mois, mais maintenant s'établissent pour plusieurs heures.

Elle était déjà venue il y a une dizaine de jours, et *hyosciamus* 6° que je lui avais prescrit lui avait fait du bien ; mais le hoquet a repris le dessus, et dure sans cesser depuis quatre à cinq jours ; il ne s'arrête que pendant le sommeil, dont la malade se sent un besoin très fréquemment. Elle demande à rester quelque temps dans les salles, si on peut la guérir.

Le 8 mai, je prescris *thebæicum* 200° qui, continué le 9, paraît donner une amélioration sensible.

Mais le 10 au matin, après le premier repas, le hoquet reparait plus fort, et la malade note que tou-

jours le repas l'augmente très manifestement. Je pres-
cris *china* 30° qui procure quelques heures de calme
dans la journée ; mais les crises reprennent le soir.

Le 11, continuation de *china* 30° dont l'action s'ac-
centue ; la journée est encore meilleure que la veille.

Le 12, le hoquet est arrêté. Continuation du *china*
30° jusqu'au 16. Le hoquet ne reparait plus.

Le 16, la malade se plaint de malaises qui précè-
dent l'époque ; je lui donne *iodium* 6°, *pulsatilla* 6°
deux fois de chaque par jour en alternant. Elle sort
tout à fait bien le 19, emportant quelques doses de ces
deux derniers médicaments, pour continuer jusqu'à
l'époque. Elle devait revenir s'il survenait quelque
chose, et n'est point revenue.

16° OBSERVATION.

Fièvre typhoïde.

Lit n° 7. -- 7 mai — 28 juin.

Je n'ai suivi cette malade que pendant la première
moitié de sa maladie, mais l'interne du service a bien
voulu compléter les notes du mois de mai par celles
du mois de juin, et je reproduis ces notes pour que
l'observation soit complète en assurant mon cher con-
frère qui a pris le service après moi que je n'ai voulu
en aucune façon empiéter sur ses droits.

Mlle X, âgée de 17 ans, ouvrière, est malade depuis
une dizaine de jours ; il y en a quatre qu'elle a été
contrainte de s'aliter à cause de la fièvre, de la douleur
de tête et des vertiges.

C'est une forte et robuste fille bien charpentée, d'une
apparence excellente, et ordinairement bien portante.

La céphalalgie et les vertiges qui ont débuté il y a quatre jours ne l'ont pas quittée. L'appétit est nul, et elle a eu un saignement de nez. Elle a pris il y a deux jours une purgation qui a déterminé une diarrhée fétide. La langue est légèrement sale, un peu sèche. Il n'y a point de toux. Le ventre est douloureux à la pression, un peu ballonné, avec un léger gargouillement dans la fosse iliaque droite. Il y a eu de l'insomnie et de l'agitation toute la nuit. Pouls à 100; tempér. 40.2. *Aconit 3°, bellad. 3°*.

8 mai.—Nuit très agitée; céphalalgie persistante et constante; point de diarrhée. Pouls à 100; température 39.5. *Aconit et belladone*; 50 centigr. de sulfate de quinine. — Le soir, temp. à 40.

9 mai. — Céphalalgie un peu moindre; la fosse iliaque sensible à la pression; le gargouillement très obscur; point de taches; point de garde-robes depuis trois jours. Pouls à 96; temp. à 38,5. Même traitement; lavement. — Le soir, temp. à 39.6.

10 mai. — Nuit meilleure, plus calme; un peu de sommeil; céphalalgie moindre. Le ventre est encore tendu, mais moins douloureux. Douleur obscure et sensibilité à la pression dans la région splénique, sans hypertrophie de la rate. Toujours point de taches; nous devons être au 7^e jour de la maladie. Constipation. Pouls à 96; temp. 38.3. *Nux vom. 6°* et 50 centigr. de quinine. — Le soir, temp. à 39.3.

11 mai. — Le pouls baisse à 90. La langue est encore sale, moins sèche, la céphalalgie diminue; le visage est bon, les traits presque naturels, et la malade se

trouve mieux. La constipation persiste. Temp. 37.4.
Nux vom. 6° seule. Le soir, temp. à 39.3.

12 mai. — La céphalalgie est presque nulle; le ventre est encore un peu douloureux. La constipation persiste, temp. à 37,6. *Nux vom.* 6°; lavement. — Le soir, 39.

Le 13, l'état reste très amélioré; la nuit a été calme mais avec un peu d'insomnie. Le matin, garde-robes abondantes par le lavement. Le ventre reste un peu douloureux; la langue redevient naturelle. Pouls à 80; temp. à 37.6. Même traitement. — Le soir, temp. à 39.

A partir du 14, la malade se dit guérie; elle demande à manger, et on augmente légèrement l'alimentation; potages et œufs et un peu de viande trois jours après. Elle semble en pleine convalescence. Le pouls est au-dessous de 37 le matin, mais il reste vers 39 le soir; il baisse même à 38 le 17 et le 18, le soir. Cela ne me semble pas régulier; et j'avertis de prendre garde, car ces baisses qui ne se sont pas faites lentement et par oscillations dans la fièvre typhoïde, sont suivies de hausses. Je pourrais cependant m'être trompé dans le diagnostic, et n'avoir ici qu'une fièvre synoque, d'autant plus qu'il n'y a pas eu de taches; cependant il y a des prodromes qui n'existent jamais dans la synoque, et c'est un signe plus certain que les taches; il faut donc être prudent dans l'alimentation.

Le 19, au matin, l'état semble toujours dans la voie du mieux, mais ce soir il y a quelques frissons, et la

température monte subitement à 39, ayant été le matin à 36.8.

Le 20, la nuit a été un peu agitée, mais cependant le thermomètre ne marque que 36.7, un peu plus bas qu'hier matin. La céphalalgie a reparu légèrement, je réduis l'alimentation à 3 potages, et continue *nux vom.* 6°, comme les jours précédents. Dans la soirée, les frissons reviennent, le pouls monte à 39.

21 mai. — La céphalalgie persiste, avec du malaise ; la langue est plus rouge à la pointe, un peu sale au fond : l'appétit a disparu ; le ventre est légèrement ballonné et sensible. Le pouls est à 100 ; la temp. à 39.4. *Nux juglans* 1°. — Le soir, temp. à 40.2.

22. — Nuit mauvaise, sans sommeil ; céphalalgie ; ventre douloureux au toucher et légèrement tendu ; langue d'un blanc jaunâtre, rouge à la pointe ; point de diarrhée ni de taches. Pouls à 100 ; temp. à 39.2. Même traitement. — Le soir, temp. à 40.1.

23. — Agitation nocturne plus forte que la veille ; céphalalgie très vive ; nausées sans vomissements ; ventre très sensible ; point de diarrhée. Pouls à 112 ; temp. à 40. *Ars.* 3°, et 50 centigr. de sulfate de quinine. — Le soir, temp. à 40.5.

24. — Même état ; le pouls un peu meilleur, à 100 ; temp. à 39.5. Même traitement. — Le soir, temp. à 40.

25. — Beaucoup d'agitation nocturne ; céphalalgie très vive ; un peu de délire la nuit, et ce matin ; douleurs dans le ventre, qui est tendu et sensible au toucher ; point de garde-robes. Le pouls se maintient à

100; temp. 39.5. *Ars.* 3° et *bell.* 8°; lavement; quinine. — Le soir, temp. à 40.5.

26. — La nuit a été meilleure, avec un peu de sommeil; il y a un peu de détente dans l'ensemble. Temp. à 39.3. Même traitement. — Le soir, temp. à 39.8.

C'est à ce moment que je cesse de voir la malade. Je transcris les notes qui m'ont été remises sur la fin de la maladie.

28 mai. — T. m. 39.2; soir, 38.6. Pouls à 100. Insomnie avec agitation; face alternativement rouge et pâle; pupilles un peu dilatées; un peu de gargouillement sans taches, ni diarrhée. La malade tousse un peu depuis quelques jours; quelques râles de bronchite. *Bryone* 6°, *coffea* 6°.

29. — T. m. 40.5; soir, 40. Délire cette nuit; face pâle ce matin; diarrhée jaune depuis hier soir; quelques vomissements ce matin; le ventre est ballonné et douloureux. *Bryon.* 6°, *ars.* 6°.

30. — T. M. 36.8; soir, 39.5. Toujours des nausées et de la diarrhée; selles jaunes; pouls dur, toujours à 100; sensibilité exagérée du ventre, avec prédominance des douleurs à l'ombilic. *Sulfate de quinine* un gramme; grogs; on les continue les jours suivants.

2 juin. — La fièvre a diminué, pouls à 90. T. M. 37.4; soir, 38.3. La malade se trouve mieux, et a un peu reposé la nuit précédente. Il y a moins de céphalalgie. Beaucoup moins de sensibilité du ventre; la diarrhée cesse. *Sulfate de quinine*, 50 centigr.

4 juin. — Il n'y a plus de fièvre, T. m. 36.3; soir, 38. Mais la malade est très prostrée ce matin. Tou-

jours un peu de subdelirium la nuit. Douleurs vagues, dans les membres inférieurs. *Arts. 6, laches. 6°*: Potages et vin.

Le 7 juin, le mieux continué. Le ventre n'est plus douloureux; il n'y a plus de diarrhée, mais plutôt de la constipation. Le sommeil revient, accompagné de cauchemars. Même traitement, œufs.

Le 9 juin, il n'y a plus qu'une grande faiblesse; pouls à 80. La langue est nette; l'appétit est revenu. Même traitement. Viande.

La convalescence marche rapidement. A partir du 14, la malade est autorisée à se lever. *China T. M.* durant quelques jours; puis *china 3°*, jusqu'à la sortie, le 28 juin.

SALLE DES HOMMES.

Le service des hommes a présenté moins de faits intéressants que le service des femmes. Pour la plupart, des observations détaillées jour par jour seraient fatigantes et oiseuses; je n'en donnerai que l'analyse, et ne m'arrêterai qu'aux plus importantes.

17° OBSERVATION.

Tuberculose.

Lit n° 2. — 8 mars — 23 mars.

C'est un homme de 39 ans, sculpteur, qui tousse depuis plus de quatre ans, et a beaucoup maigri. La diarrhée qui dure depuis quelques semaines; de la fièvre, quelques jours de sueurs, une dyspnée assez prononcée ont accru la faiblesse.

Les deux sommets sont pris, le droit plus que le gauche ; à droite, des craquements et des râles muqueux en avant, sous la clavicule ; du souffle en arrière dans la fosse sus-épineuse, et un peu au-dessous. A gauche quelques craquements en avant ; rudesse en arrière. Avec cela, dans toute la poitrine, du haut en bas, et des deux côtés, des râles à grosses bulles dispersés ou l'obscurité du murmure respiratoire, avec une grande sonorité à la percussion. Le tout présente une tuberculisation qui marche lentement avec de la bronchite et de l'emphysème, et qui depuis quelques jours a eu une nouvelle poussée avec de la fièvre à accès le soir, la toux est très forte ; l'expectoration abondante.

On lui donne d'abord *aconit* 3° et *bryone* 3°, pendant quatre jours ; la fièvre et la toux diminuent. Il se plaint ensuite de somnolence avec agitation et constipation, et pendant deux jours il prend *bryone* 3°, et *opium* 3°. L'état s'améliore sensiblement, et du 15 au 20, il prend *bryone* 3° et *sulfur* 3°. Il lui reste un peu de sueur la nuit. On lui donne *calc. c.* 6° jusqu'à sa sortie le 23, et qu'il devra continuer, se sentant très amélioré, toussant beaucoup moins, son expectoration étant très atténuée.

18° OBSERVATION.

Cardite rhumatismale ; albuminurie.

Lit n° 2. — 28 mars — 25 avril.

Cet homme, âgé de 27 ans, fort et plutôt replet, d'ailleurs œdématié, était d'une très bonne santé, lorsqu'il a été pris, il y a deux mois, d'une attaque de

rhumatisme articulaire qui n'a duré qu'une quinzaine, mais l'a très fatigué et lui a laissé une grande oppression qui depuis n'a fait qu'augmenter ; et peu à peu les jambes ont enflé. Il est intelligent, mais très réservé, et ne donne que des renseignements restreints sur le traitement qu'il a suivi et ce qu'il a éprouvé.

L'état où il se présente paraît très sérieux au premier abord. La figure est œdématisée, les yeux bouffis ; le corps est lui-même comme bouffi ; les pieds et les jambes avec un œdème considérable jusque passé les mollets.

Le cœur est volumineux ; la percussion délimite une aire d'un tiers plus étendue qu'à l'état normal. Les battements sont forts, violents ébranlent tout le thorax, et donnent des secousses visibles à l'œil jusqu'au creux épigastrique. La main appliquée sur la région cardiaque ne perçoit pas de frémissement cataire. Il y a une douleur précordiale très vive.

A l'auscultation, les bruits sont nets. A la base, un bruit de souffle assez rude occupe tout le premier temps, et se prolonge dans le second. A la pointe un souffle plus doux remplace le premier temps sans se prolonger, et est distinct nettement du second bruit. Il y a quelques râles dispersés dans les bronches, l'angoisse respiratoire est considérable.

Le pouls est petit, filiforme et mou.

L'urine présente une quantité considérable d'albumine. Le malade, à qui nous demandons s'il n'a pas eu des douleurs de reins, au moment de son rhumatisme ou peu après, ne répond que d'une manière vague.

Il y a là manifestement une affection cardiaque très grave : rétrécissement de l'orifice aortique avec légère insuffisance, et insuffisance mitrale, avec albuminurie. Je prescris *cactus grandiflorus* 3^e, et régime lacté.

6 avril. — Le traitement, maintenu pendant huit jours, amène une sensible diminution de l'œdème ; la figure est moins bouffie, les paupières à peine, et aux membres inférieurs l'œdème est limitée aux malléoles. L'oppression est moindre, la douleur précordiale très atténuée. Mais l'albumine est toujours en grande quantité dans les urines. *Pulsat.* 6^e.

10 avril. — Le malade a eu, je crois, quelques contrariétés du dehors ; il a été pris, hier soir, d'une épistaxis considérable qui a nécessité le tamponnement. Son état est cependant meilleur ; il a plus d'appétit, ne se contente pas de son lait, et se promène chaque jour, dans les salles sans se fatiguer. La quantité de l'albumine des urines a plutôt un peu diminué. *Nux vom.* 6^e.

13. — Hier soir, l'oppression a tout à coup augmenté ; elle est telle que le malade a passé la nuit assis dans son lit, et nous le trouvons dans cette position qu'il ne peut quitter sans suffoquer. Le pouls est très petit, moindre encore qu'il n'était. Rien de nouveau du côté du cœur, l'œdème des jambes a augmenté, il gagne les mollets. *Digitalis* 6^e.

16. — La *digitalis* 6^e semble ne pas agir ; l'oppression a considérablement augmenté ; le pouls est filiforme, presque insensible, et disparaît par instant, très mou, parfois intermittent ; l'œdème dépasse les

genoux, le ventre est enflé ; la quantité d'albumine a augmenté dans les urines. *Digitalis* T. M. X gouttes.

20. — L'état est toujours de plus en plus grave, le malade garde la position assise dans le lit, sans bouger ; il ne respire pas autrement ; l'oppression est extrême ; toute la face est pâle, œdématisée ; les paupières bouffies couvrent l'œil en partie ; l'œdème a envahi les cuisses et le ventre. Il y a un peu de toux, et des crachats sanguinolents. Au cœur, il y a maintenant deux souffles très distincts à la base, mais faibles et un peu obscurs ; un bruit de souffle faible et unique au premier temps, à la pointe. Les battements sont forts, bruyants ; par la violence avec laquelle ils secouent la poitrine, ils gênent l'auscultation ; les urines chauffées ne présentent plus qu'une bouillie albumineuse ; elles sont de moins en moins abondantes. Le malade se dégoûte du lait ; il faut lui accorder quelques potages gras. Je prescris une macération avec un gramme de feuilles fraîches de *digitale*. La sœur nous dit que le malade, très taciturne, de moins en moins communicatif, a depuis une huitaine des ennuis et des contrariétés du dehors.

23. — La position s'est améliorée. Le malade reste le plus souvent assis dans son lit, mais se couche pendant quelques heures, se plaignant d'insomnie. L'oppression est encore considérable, mais moindre ; les battements de cœur moins violents ; les bruits restent les mêmes. Le pouls est un peu plus fort. Les paupières sont moins bouffies ; l'œdème diminue un peu, sauf aux jambes. L'urine est plus abondante et un peu moins albumineuse. Il n'y a pas de nausées qui indi-

quent l'intolérance de la digitale, mais le dégoût de la nourriture et du lait me la font craindre, et je réduis la macération de digitale à 50 centigrammes de feuilles fraîches par jour. J'y joins 20 centigr. de *thébaïcum* 1^{re}/10 en une dose pour le soir.

Le 24, il n'y a rien de nouveau, plutôt du mieux, moins d'oppression, le pouls plus fort. Le malade a dormi un peu, il se trouve mieux. Dans la nuit du 24 au 25, il meurt instantanément sans que rien ait indiqué cette terminaison subite.

D^r FRÉDAULT.

(A suivre.)

GLANES.

Nous empruntons au *Homœopathic Physician*, la liste suivante qu'a dressée le D^r W. S. Gee, de Hyde-Park (Illinois), et qui se rapporte aux aggravations de quelques médicaments considérées au point de vue du moment de leur manifestation.

12 M.) (noon). — Arg. met., Kob., Spig.

1 P. M.) — Arg. met., Mag. carb.

2 P. M.) — Lach., Calc. carb. Puls., Lob., Nitr. ac., Sang. can., Hell. (2.30).

3 P. M.) — Apis, Ars, Asa, Sil., Staph., Sul., Bell.

4 P. M.) Anac., Arum tr., Cal. phos., Carbo veg., Chel., Gels., Hell., Kali hyd., Kob., Lachn., Lyc., Mag. mur., Mur. ac., Nat. sulph., Puls. Stann.

5 P. M.) — Actea., Con., Kali c., Puls.

6 P. M.) — Bapt., Cal. phos., Caust., Dig., Hepar, Hyp., Kali hyd., Lachn.

7 P. M.) — Ant. cr., Bov., Lyc., Pet., Rhus.

8 P. M.) — Merc. bij., Tarax.

9 P. M.) — Anac., Bry., Mur. ac., Sul. ac.

- 10 p. m. — Cham., Pod., Puls.
 11 p. m. — Bell., Cac. grand., Rumex cr., Sil.
 12 p. m. Acon., Arg. nit., Canth., China, Ferrum, Lachn.,
 Lelium, Mag. m., Mag. mur., Merc. bij., Pet., Pso., Ran. ac.,
 Rhus tox., Sabina, Spong., Staph., Stram., Thuja.
 1 a. m. — Ars., Caul., Lachn., Mag. m., Mur. ac., Pso.
 2 a. m. — Aurum mur., Cepa, Dros., Ferrum, Kali b.,
 Kali n., Lachn., Mag. m., Rumex cr.
 3 a. m. Am. c., Ant. c., Bapt., Borax, Cal. carb., China,
 Con. Dule., Iris v., Kali n., Mag. mur., Nitrum, Nux vom.,
 Pod., Sec. cor., Sepia, Thuja, Zinc.
 4 a. m. Am. c., Caust., Lil. tig., Stan., Nux vom., Kali
 carb.
 5 a. m. — Bov., Helon., Kali hyd., Kob., Pod.
 6 a. m. — Aloe, Calc. phos., Ox. ac., Sep., Sil., Sul.
 7 a. m. — Eup. perf., Pod.
 9 a. m. — Kali c., Pod.
 10 a. m. — Actea, Gels., Nat. mur., Rhus, Stan.
 11 a. m. — Actea, Arg. met., Ars., Arum. tr., Asa, Berb.,
 Cact. gr., Hydras, Hyos., Ipec., Jacea, Kob., Sulph.

Midi.

1 heure de l'après-midi.

1 heure du matin.

2 h.

"

2 h.

"

3 h.

"

3 h.

"

4 h.

"

4 h.

"

5 h.

"

5 h.

6 h.

"

6 h.

7 h.

"

7 h.

"

8 h.

"

9 h.

"

9 h.

"

10 h.

"

10 h.

"

11 h.

"

11 h.

"

Minuit.

Le Gérant: D^r A. CLAUDE.

Clarmont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André 3. }

24^e ANNÉE — NOVEMBRE 1883

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX

SÉANCE DU 2 JUILLET 1883.

Présidence de M. le D^r HERMEL.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté. L'ordre du jour appelle la discussion du travail du D^r Carfraë sur les maladies de l'utérus.

M. JOUSSET. — Le travail du D^r Carfraë présente une grande étendue mais n'arrivé pas à des conclusions bien pratiques. Une chose m'a surtout frappé, c'est la façon dont l'auteur parle des médicaments dont la pathogénésie se trouve dans la *Matière médicale* de Hahnemann. Il suffit cependant d'étudier la *Matière médicale* pour l'apprécier et pour se convaincre qu'elle contient autre chose que des rêveries ; il est facile de constater que les pathogénésies de beaucoup de médicaments nous présentent des symptômes qui concordent très bien avec ceux que leur attribuent des auteurs plus modernes.

M. CLAUDE. — Je ne partage pas l'avis de M. Jousset sur le travail de M. Carfraë, qui est conçu dans un bon esprit médical et qui renferme d'utiles indications pratiques.

Une étude plus attentive de ce mémoire aurait permis à M. Jousset de formuler un jugement moins

sommaire. Je laisse de côté la partie pathologique sur laquelle M. Partenay a à nous faire une communication des plus intéressantes pour arriver à la rectification d'une erreur de fait. Ce n'est pas à la *Matière médicale* de Hahnemann que M. Carfraë prétend faire un procès, mais aux *Maladies chroniques*. Il y a entre les pathogénésies des deux ouvrages une différence notable : dans le premier, les symptômes énumérés ont été presque tous recueillis sur l'homme sain, ce sont des effets physiologiques. Dans le second, la proportion d'alliage est considérable et les effets cliniques se trouvent sans cesse mélangés aux effets physiologiques. Nos confrères d'Angleterre et d'Amérique poursuivent avec une louable persévérance la révision de la matière médicale et on ne saurait leur faire un crime de vouloir nettement séparer deux catégories de phénomènes que l'illustre fondateur de notre école a eu, on peut le reconnaître sans diminuer sa gloire, le tort de confondre malgré les déclarations si formelles qu'il avait énoncées au début de sa merveilleuse entreprise. Ces réserves établies, je reconnais volontiers qu'il n'est pas nécessaire d'attendre l'entier achèvement de la matière médicale pour employer des substances dont la pathogénésie peut ne pas être tout à fait correcte, mais sur lesquelles l'expérience clinique a déjà prononcé. On ne manque pas à Hahnemann en remaniant ou en corrigeant son œuvre ; on n'est pas coupable d'illogisme pour recourir à des moyens sanctionnés par la pratique.

M. PARTENAY.—J'ai lu avec grand intérêt la traduction du mémoire du Dr Carfraë, sur le traitement de quelques affections du col de l'utérus, que nous a donnée le Dr Claude. J'ai été frappé de l'excellent esprit

scientifique qui l'a dicté et des termes pleins de modération dans lesquels il a été rédigé.

Le Dr Carfraë reconnaît d'abord, que la précision en médecine est le grand secret du succès et que, pour les homœopathes, la précision dans le diagnostic et le choix du remède, est encore plus impérieusement nécessaire que pour les allopathes. Mais, la précision thérapeutique, reposant essentiellement sur la confiance que nous pouvons avoir dans nos pathogénésies, il faut que nous soyons bien sûrs de l'exactitude de tous les symptômes qu'elles contiennent. Or, comme le fait remarquer le Dr Carfraë, on ne peut nier que bien des pathogénésies soient incorrectes, qu'un grand nombre de symptômes ait été recueilli dans des conditions expérimentales peu satisfaisantes, et que par conséquent, il y ait lieu d'expurger et de réviser notre matière médicale.

Pour justifier cette thèse générale et montrer cliniquement, combien peu il convient d'établir une thérapeutique sérieuse, sur des symptômes tirés des pathogénésies de substances, qu'il est impossible de considérer comme des médicaments authentiques, notre confrère étudie spécialement quelques affections utérines, pour arriver au but évident de son mémoire : la critique du traité d'obstétrique et des maladies spéciales aux femmes et aux enfants du Dr Guernsey.

C'est à l'inflammation de la muqueuse utérine qu'il limite son étude; il s'occupe particulièrement de l'endométrite cervicale, du catarrhe cervical, de la leucorrhée et de l'érosion granuleuse du col.

Le Dr Carfraë reconnaît avec raison que la constitution scrofuleuse est la cause prédisposante la plus importante de la métrite. Je ferai cependant observer qu'il n'est pas rare de rencontrer l'endométrite chez

des femmes qui ne présentent aucun des attributs du tempérament scrofuleux. Les accouchements prématurés et répétés, les déplacements de l'utérus, les excès de coït ou de masturbation, la présence de corps étrangers, polypes, pessaires, etc., sont bien les causes occasionnelles les plus fréquentes.

Aux symptômes donnés par le Dr Carfraë, tels que : leucorrhée, troubles menstruels, rapports sexuels plus ou moins douloureux, pesanteur abdominale, douleur des régions dorsales et lombaires s'irradiant aux cuisses, débilité générale, nervosité, il y a lieu d'ajouter les troubles sympathiques de l'estomac : gastralgie, dyspepsie; de l'intestin : constipation; de la respiration; de la vessie; de la nutrition : chloro-anémie plus ou moins accentuée.

Notre confrère insiste sur l'existence constante du trouble fonctionnel et par conséquent de la leucorrhée, résultat de l'inflammation de la muqueuse utérine.

Je partage entièrement l'opinion du Dr Carfraë et je crois, comme lui, que les différentes lésions qui constituent l'endométrite cervicale, dérivent toutes d'un même processus inflammatoire et qu'elles ne sont que des degrés de ce processus, qui comprend : l'inflammation simple, la destruction de l'épithélium, l'état variqueux des capillaires sous-muqueux, l'hypertrophie des villosités, l'inflammation folliculaire.

Cet exposé nosologique terminé, le Dr Carfraë commence la critique du traitement institué par le Dr Guernsey, qui négligeant tout traitement local, n'emploie qu'un traitement général.

Mais auparavant, notre confrère fait une très judicieuse remarque sur la valeur des pathogénésies tirées des maladies chroniques de Hahnemann. Il suspecte

ces pathogénésies avec raison. En effet, tous les symptômes recueillis chez des malades, ne peuvent avoir le caractère d'effets médicamenteux purs et positifs.

Il est admissible qu'ils soient réels, mais nous ne pouvons le vérifier, et il sera permis d'en douter, tant qu'ils n'auront pas été reproduits chez l'homme sain.

Les médicaments préconisés par Guernsey et les symptômes caractéristiques qu'il indique pour le choix du médicament, sont plus loin mis en parallèle avec les symptômes tels qu'on les trouve dans l'*Encyclopédie* d'Allen, avec les sources d'expérimentation. De ce long travail il résulte, que des soixante-douze médicaments recommandés par Guernsey, pour le traitement de la leucorrhée, dix-huit environ ne présentent pas ce symptôme dans leurs pathogénésies. Et cependant, la leucorrhée étant le symptôme constant, doit se retrouver constamment dans la pathogénésie du médicament réellement homœopathique à ce trouble fonctionnel, qui lui même est pathognomonique de l'endométrite cervicale.

De tout cet arsenal médicamenteux qui paraissait tout d'abord si bien garni, il ne reste plus qu'une douzaine de médicaments présentant d'une façon presque certaine le symptôme leucorrhée. C'est peu, mais c'est encore beaucoup et assez, s'ils sont bien choisis et bien appliqués.

Si à ces médicaments, on ajoute ceux recommandés par Hale, dont plusieurs tels que le *Gelsemium*, le *Senecio* et l'*Helonias* m'ont rendu quelques services, on aura, je crois, réuni tous les éléments que donne la matière médicale. J'ajouterai encore le *Petroleum* à la première trituration, sans qu'il me soit possible d'affirmer sa constante efficacité. Cet examen démontre combien nous sommes loin de cette précision dont parle

le D^r Carfraë, et qu'il est si difficile d'obtenir dans le traitement des affections utérines.

La raison de cette imperfection tient certainement à la difficulté de l'expérimentation. Le champ de l'expérience nous manque; il est impossible de la pousser aussi loin qu'il serait nécessaire, et d'en contrôler les résultats; enfin une source précieuse de renseignements nous fait défaut, la toxicologie ne nous fournissant dans ce cas aucun des éléments que nous employons si utilement dans la constitution de nos pathogénésies.

Le D^r Carfraë, devant l'insuffisance et l'incertitude de nos ressources thérapeutiques, au point de vue homœopathique, se demande s'il ne convient pas de joindre au traitement constitutionnel un traitement local et passe en revue la pratique des principaux auteurs américains et anglais.

Le D^r Guerusez se prononce hautement contre l'usage des applications locales.

Le D^r Madden guérit ou amende grandement 75 1/2 pour 100 de ses malades, en associant les deux traitements, tandis qu'il n'obtient le même résultat, que 44 1/2 pour 100, en n'employant que le traitement constitutionnel.

Le D^r Leadam, sans accepter l'opinion du D^r Madden, reconnaît que les applications de *nitrate d'argent* ou de *nitrate acide de mercure* peuvent être parfois admises, mais simplement comme escharrotiques.

Le D^r Ludlam repousse tout traitement interne, mais recommande l'application des glycérolés de *calendula* et d'*hydrastis*.

Le D^r Hale préconise absolument le traitement local. Son opinion repose sur l'hypothèse pour le moins discutable, qu'une substance peut agir suivant la loi des

semblables, même si elle est appliquée à l'extérieur sur une surface malade. Pour le D^r Hale « nier qu'une faible et légère application d'*acide nitrique* ou *chromique* soit homœopathique, c'est contester la vérité de la loi homœopathique, qui n'est pas limitée, mais bien universelle dans son application ». J'avoue qu'il m'est difficile d'admettre une action homœopathique dans l'application même légère d'*acide nitrique* ou *chromique*. Ces deux agents sont certainement caustiques avant d'être homœopathiques et il ne me paraît pas nécessaire d'expliquer leur action par une prétendue homœopativité bien difficile à établir. Le D^r Hale affirme qu'il n'a jamais guéri un col par le seul traitement interne ; aussi emploie-t-il le nitrate d'argent, l'acide chromique, l'acide phénique et l'acide nitrique.

Les indications qu'il donne pour le choix de l'agent qu'il emploie, ne ressortent pas de la loi homœopathique ; elles sont purement empiriques. Je remarque cependant que l'énergie du caustique est proportionnelle à la gravité de la lésion, ce qui est très rationnel et ce qui explique les succès obtenus avec le nitrate d'argent, qui n'est qu'un escharrotique peu violent et souvent insuffisant.

J'accepte complètement les conclusions du D^r Carfraë et la nécessité d'employer concurremment le traitement général et le traitement local.

J'ai souvent tenté sans résultats satisfaisants le seul traitement interne ; *merc. pulsat. sep., petrol. gelsem.* etc., m'ont rarement été utiles, lorsque je n'employais pas en même temps le traitement externe.

J'ai pu obtenir des améliorations, mais je ne crois pas avoir constaté des guérisons complètes.

Voici ma pratique dans le traitement des affections utérines, en dehors de la médication générale.

Précautions hygiéniques. Obligation du repos, surtout au moment des époques, lorsqu'elles avancent et qu'elles sont douloureuses ou trop abondantes; éloignement des fatigues résultant de la marche ou de la voiture; continence; exercice modéré au grand air.

Injectons. J'emploie de préférence les injections tièdes, faites avec la chamonille ou à la morelle et la tête de pavot, si l'état est aigu; plus tard avec l'infusion légère de feuilles de noyer ou de roses de Provins.

Les injections doivent être faites au lit et prolongées. Je proscriis absolument de ma pratique tous les instruments qui produisent un jet irrégulier. L'injection ne doit pas être une douche, mais bien un bain, c'est pour cette raison, que je recommande de les faire dans la position horizontale. L'irrigateur Eguisier est le meilleur instrument dont on puisse se servir à la condition de n'ouvrir le robinet qu'à moitié, afin d'éviter un jet trop violent. Le choix de la canule n'est pas indifférent; celles qui ne sont perforées que sur les côtés sont préférables.

Isolement des surfaces. Les ulcérations utérines doivent être soignées comme les plaies, il faut les isoler; laisser constamment les parties voisines en contact avec un écoulement plus ou moins sanieux et purulent, c'est s'exposer à voir l'inflammation se propager. L'isolement sera obtenu par l'application sur le museau de tanche d'une poudre inerte, telle que l'amidon ou la fécule de pomme de terre, maintenue en place par un tampon d'ouate.

J'emploie souvent aussi soit le glycérolé d'amidon, soit le glycérolé d'hydrastis, dont j'imbibe un tampon d'ouate muni d'une petite ficelle, ce qui permet de le retirer facilement. Ces tampons sont appliqués sur le col utérin au moyen d'un spéculum plein et restent

à demeure pendant douze ou quatorze heures et sont remplacés par un autre, après une injection.

La glycérine produit un effet très remarquable sur le col et le décongestionne promptement. Cette action a été bien observée par le D^r Chéron, médecin de St-Lazare.

Modification des surfaces. Dans les cas légers on peut espérer modifier suffisamment les surfaces, en employant les badigeonnages avec la teinture d'iode, le tanin, ou la poudre de quinquina. Mais si l'ulcération est plus profonde, il faut cautériser avec le nitrate d'argent. On n'oubliera pas que l'escharre produite par le nitrate d'argent est superficielle et qu'elle peut être souvent insuffisante. Aussi est-il bon de prolonger l'application du caustique et de ne pas se contenter de cautériser le col ; il faut faire pénétrer le crayon entre les lèvres du museau de tanche, si l'on veut agir sur la muqueuse cervicale interne.

La cautérisation de la cavité du col ne présente pas les dangers que l'on pourrait redouter. Il m'est arrivé de ne pouvoir retirer du col un fragment de nitrate d'argent peu volumineux, il est vrai, qui s'était détaché du porte-crayon. Je fis des injections d'eau fortement salée dirigées sur le col au moyen d'un spéculum, et je n'eus aucun accident à déplorer ; ma malade fut même guérie à tout jamais d'un catarrhe utérin d'une intensité peu commune.

J'ai abandonné complètement l'usage des caustiques liquides, ils sont difficiles à manier ; trop souvent ils s'étendent loin du point sur lequel on les applique et cautérisent inutilement des surfaces saines. Je reconnais cependant qu'employés avec précaution ils sont fort utiles.

Je leur préfère le fer rouge, qui est un excellent mo-

dificateur, non-seulement de la muqueuse, mais encore du parenchyme utérin lui-même.

Beaucoup de médecins l'emploient de préférence à tout autre caustique, et obtiennent de très bons résultats. Je n'ai jamais eu qu'à me louer de m'en être servi. La seule difficulté qui empêche d'utiliser ce mode de cautérisation, aussi souvent qu'il conviendrait, est l'effroi qu'il inspire. Mais il sera toujours facile de vaincre la répugnance des malades, en leur affirmant que le col est absolument insensible, qu'elles ne ressentiront par conséquent aucune douleur et en se servant du thermo-cautère récemment inventé par le Dr Paquelin, qui rend de si grands services dans ce cas.

Traitement hydro-thermal. Les affections utérines sont sujettes à récidiver facilement, et résistent souvent pendant longtemps à tous les traitements. L'hydrothérapie, les bains de mer, certaines stations thermales hâteront la guérison et empêcheront le retour des accidents.

L'hydrothérapie devra être appliquée avec soin, le plus souvent elle agira comme révulsif et, dans ce cas, la douche devra être dirigée vers les parties éloignées de l'utérus, les extrémités supérieures ou inférieures.

Doucher les reins et surtout le ventre est le plus souvent une mauvaise pratique.

Les bains de mer conviennent aux femmes affaiblies, pâles, sans appétit ; l'existence des phénomènes nerveux sont une contre-indication, Ils doivent être courts et suivis d'une réaction franche. Saint-Sauveur Ems, Ussat, Néis, conviennent bien dans une période aiguë, lorsque l'éréthisme nerveux est considérable, Royat, Salins, Kissingen, Kreusnach, répondent mieux au tempérament lymphatique et scrofuleux et aux cas invétérés. Les douches vaginales doivent être

absolument proscrites du traitement thermal J'ai vu des accidents sérieux résulter de cette pratique, que je ne puis approuver.

La séance est levée.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES.

Service de M. le D^r FRÉDAULT.

(Suite et fin.)

19^e OBSERVATION.

Pleurésie purulente.

Lit n^o 3. — 12 mars-juin.

C'est un jeune homme de 16 ans, employé de commerce. Il est malade depuis 4 jours, ayant eu des frissons et un point de côté. Il entre le 12 avec de la fièvre, on lui donne *aconit* T. M.

13 mars.— Ce jeune homme est de constitution délicate, petit et mince ; on lui donnerait 12 ans. Il a une forte fièvre, le pouls à 96 ; tempér. 37.4. Il se plaint d'une douleur vive dans le côté gauche ; est très oppressé, tousse de temps à autre, et crache peu.

A la percussion, on trouve une matité presque dans tout le côté gauche en arrière, et l'oreille perçoit dans toute cette étendue une absence du murmure respiratoire. Au sommet, dans la fosse sous-épineuse, un souffle très fort. En avant, du même côté, sous la clavicule, quelques râles muqueux. Dans tout le côté droit, en arrière et en avant, quelques râles très disséminés et très légers.

. Nous sommes en présence d'une pleurésie franche, avec une fièvre modérée, chez un sujet délicat dont la poitrine ne paraît pas avoir été prise jusqu'ici. *Bryon* 3°, lait et bouillon.

15. — L'état du petit malade paraît meilleur; sa figure est plus naturelle; il est d'ailleurs timide et craintif, et semble avoir très peur de sa maladie. Le bruit respiratoire descend plus bas, ainsi que le souffle, jusqu'au milieu du côté gauche en arrière; l'épanchement est en voie de baisser. Pouls à 100; temp. à 37.3. — *Bryon*. 3°, *cantharis* 3. — Le soir temp. à 38.5.

18. — Le souffle est mêlé de râles muqueux dans la moitié supérieure; absence de bruit respiratoire dans la partie inférieure. Le petit malade est agité, avec de l'insomnie; les pupilles sont dilatées; il y a de la céphalalgie. On pourrait croire qu'il y a là-dessous une fièvre typhoïde avec une pleurésie comme affection thoracique, car le pouls et la chaleur ne sont pas en accord avec la lésion. Pouls à 104; tempér. 37.4. — Même traitement.

Le soir, agitation; tempér. à 39.3.

20. — L'état local reste le même; la langue est blanche, un peu humide; les pupilles un peu moins dilatées; l'agitation générale et la fièvre persistent. Pouls à 104; tempér. à 38.4 le matin, à 40 le soir. Même traitement.

24. — La fièvre persiste; pouls à 100; températ. 38. Il y a une oppression un peu forte. Le niveau de l'épanchement baisse; le souffle s'entend plus bas, il y a une étendue assez grande en haut où la respi-

ration est naturelle avec quelques râles, pendant que la matité absolue avec absence de bruits respiratoires est moins grande en bas. — Même traitement. — Le soir, temp. à 40.

25. — Nuit meilleure, et moins d'agitation. L'épanchement diminue sensiblement en arrière, et semble se porter dans le creux axillaire et en avant, où le souffle s'entend parfaitement sans remonter jusqu'à la clavicule. Le cœur n'est pas déplacé ; rien d'anormal dans ses bruits. Le pouls se maintient à 100. Tempér. 38.8. — Toujours *Bryon* 3° et *canthar.* 3°. — Le soir, tempér. à 39.7.

28. — Les nuits deviennent décidément meilleures. Le pouls baisse à 96 ; il y a un peu de sueur depuis deux jours. La température est à 38.1 ; ce qui n'est pas une baisse en rapport avec celle de l'épanchement bien moins étendu, et qui semble diminuer chaque jour. Du côté du ventre rien, et point de taches typhiques. *Bryone* 3°, *canth.* 3°. — Le soir tempér. à 39,5.

30. — Il y a une légère aggravation ; le souffle remonte plus haut, dans la fosse sous-épineuse, et la matité inférieure a un peu remonté en s'étendant dans le creux axillaire. Il y a des palpitations ; le cœur semble légèrement déplacé, mais sans bruits anormaux. Pouls à 100 ; tempér. 38.4. — Même traitement. — Le soir, tempér. 39.5.

1^{er} avril. — Le malade est plus oppressé ; il y a quelques frissons légers, avec de la sueur. Le côté gauche est à peu près dans le même état ; dans le poumon droit se montrent des râles sibilants et muqueux

assez abondants et dissiminés. Pouls à 104 ; tempér. à 38.5. Nous sommes au 20^e jour de la maladie environ, et la marche du mouvement morbide me fait dire que s'il n'y a pas là une fièvre typhoïde, il se fait certainement du pus dans la plèvre. — *Bryone* 3^e; *carb. veg.* 6^e. — Le soir, temp. à 39.4.

3 avril. — Léger mieux, moins d'oppression; les râles n'ont pas augmenté à droite; à gauche peu de changement: il y a des quintes de toux assez fréquentes, qui fatiguent le malade. Pouls à 104; temp. à 38. — Même traitement. — Le soir, temp. à 38.6.

5 avril. — Le poumon droit est à peu près dégagé; mais à gauche, l'épanchement est aussi étendu, avec quelques râles qui accompagnent le souffle en arrière et dans le creux axillaire. En avant, sous la clavicule, la respiration est redevenue libre dans un espace de trois travers de doigts. Pouls à 100; temp. à 38.1. — *Bryone* 3^e, *canth.* 3^e. — Le soir, temp. à 38.9.

12. — Le malade est pris de violentes suffocations dans la nuit. Le cœur est sensiblement déplacé et bat d'une manière désordonnée; il se produit une légère voussure en dehors du mamelon, assez large. Les bruits du cœur sont masqués par le souffle pleurétique qui s'accompagne de frottements rudes, se prolonge aussi dans le creux axillaire, et dans tout le tiers moyen en arrière. En même temps, des râles nombreux et du souffle se montrent dans le côté droit en arrière. Le pouls est à 112; temp. 38. — *Bryone* 3^e, *ars.* 3^e. — Le soir, temp. 39.

14. — Il y a toujours de l'anxiété précordiale, mais

les bruits du cœur sont plus nets et non altérés; le souffle est plus fort, et surtout les frottements plus rudes. La voussure en avant et en dehors du cœur se prononce davantage. Du côté droit le souffle et les râles diminuent en arrière; ils paraissent n'être que le fait d'une poussée momentanée qui sera peu de chose. Le pouls augmente de fréquence, à 124; mais la température diminue, 37.5. — *Bryon* 3°, et *ars.* 3°. — Le soir 38.8.

17. L'oppression est toujours considérable; la voussure augmente légèrement en s'étendant en dehors; les frottements qui accompagnent le souffle sur le côté et en arrière sont un peu moins forts; mais dans le côté droit, en arrière, les râles sont plus nombreux; et le souffle avec des frottements s'accroît dans le tiers inférieur comme pour une seconde pleurésie. Le pouls est très élevé à 124; la temp. baisse avec de grandes oscillations; de 39.8 d'hier soir, elle est ce matin à 37.7. — *Carb. veg.* 6°, *canth.* 3°, 50 centigr. de sulfate de quinine. — Le soir temp. à 39.3.

20. — L'état général semble meilleur; le pouls baisse un peu, 116; la température est à 37.7; il y a eu un écart considérable hier, 36.8 le matin, 39.3 le soir. Le souffle et les frottements se concentrent en arrière à gauche, dans la moitié inférieure. La voussure en dehors du mamelon s'accroît de plus en plus, avec lenteur. A droite le souffle et les frottements sont moindres, avec beaucoup de râles muqueux. Le même traitement continué depuis le 17 est maintenu. *Carbo veg.* 6°, *canth.* 3°, 25 centigr. de

sulfate de quinine. L'alimentation consiste toujours en potages.

23. — L'amélioration générale semble se maintenir. Toujours quelques frissons et un peu de sueur depuis une huitaine. Pouls à 120; tempér. à 37.3; hier soir à 38.5, comme avant-hier; nous venons de passer une période de grandes oscillations thermométriques comme dans la fin des fièvres typhoïdes; la quinine est supprimée. Pour l'état local, il se concentre dans le bas du côté gauche en avant et en arrière; la voussure s'accroît encore et rougit légèrement, elle est sensible, et les frottements dans le creux axillaire et le tiers inférieur en arrière; le murmure respiratoire naturel est revenu dans toute la partie supérieure, en avant, dans un large espace vers la clavicule, et en arrière, dans la moitié supérieure. — Même traitement.

26. — Quoique l'état général soit meilleur, la figure plus naturelle, et que l'appétit se prononce, le pouls reste à 120, malgré la défervescence, la chaleur étant hier soir à 38.3, ce matin à 37.4. La voussure est manifestement œdémateuse au toucher, le doigt y marque légèrement son empreinte. Elle est en même temps légèrement rosée et très sensible, et le malade se plaint d'une douleur très vive dans toute cette région; il est visible que la suppuration tend à se faire jour en ce point. — En raison de la vive douleur, on donne *Ranunculus bulb.* 3° et *bryone* 3°. — Le soir, chaleur à 37,8. La douleur est moins vive.

29. — La douleur de côté, qui avait été si vive, a beaucoup diminué et le malade a pu dormir ces

nuits dernières. Le centre de la voussure est rouge et en saillie, on y sent une fluctuation manifeste ; on fait une ouverture de manière à entrer un drain ; il s'écoule beaucoup de pus. Temp. à 38. — *Silicea* 6°, *Ranunc.* 3°.

Comme le pus sort mal, on fait, le 4 mai, une ponction avec l'appareil de Dieulafoy. Le 8 mai on élargit l'ouverture et on remet un drain. On a continué *Silicea* et *Hépar sulf.* depuis le 1^{er} mai. Mais le malade ayant toujours des frissons et le pouls fréquent, quoique la température soit tout à fait tombée à 37, depuis le 10 mai, on se décide, le 29, à ouvrir largement et à faire des injections avec la seringue à double courant de Potin. A partir de ce moment, l'état devient excellent, le malade mange très bien, et dans le mois de juin, il est tout à fait guéri.

— Il est impossible de ne pas remarquer le cours de cette maladie ; je l'ai noté dans le cours de l'observation, je dois y insister. La température se maintient autour de 38 pendant le premier septenaire, puis monte à 40 vers le 10^e jour pendant cinq à six jours, et alors descend lentement jusqu'à 38,5 vers le vingt-deuxième jour, se maintient avec des oscillations autour de 39 pendant une douzaine de jours, après lesquels viennent cinq à six jours de grandes oscillations, que suivent des oscillations autour de 38, et enfin une baisse à 37. Toute cette marche de la température est absolument celle de la fièvre typhoïde ; et il faut observer que tout le travail de l'abcès se fait vers la fin, lorsque la température baisse et que le pouls monte considérablement. Il

semble que la pleurésie ait été un épiphénomène considérable d'une fièvre typhoïde, et que tout le mouvement morbide se soit concentré dans cet épiphénomène finissant par la purulence. On trouvera un peu plus loin une observation où la pneumonie a joué un rôle analogue.

20^e OBSERVATION.*Tumeurs de l'abdomen.*

Lit n° 4. — 7 février — 24 juin.

Cet homme, âgé de 41 ans, est dans le service depuis trois semaines, avec une diarrhée qu'il avait depuis quelque temps (trois à 4 selles par jour), se plaignant de douleurs dans le côté droit du ventre, où se trouve une sorte de tumeur dure assez considérable, accompagnée d'une phlébite des veines crurale et iliaque.

Je trouve le malade dans un état semblable à celui où il était à son entrée, se plaignant vivement de sa douleur qui siège dans la fosse iliaque, et de sa diarrhée que rien n'arrête. Il ne sait pas au juste quand son affection a débuté : cela est venu lentement, depuis bien des semaines ; c'est la douleur plus forte et la diarrhée qui l'ont fait entrer à l'hôpital. Cette douleur n'est d'ailleurs pas très violente, mais plutôt obscure et constante, prenant de l'acuité par les mouvements du membre inférieur, où lorsqu'on touche ou froisse la région qu'elle occupe. La fosse iliaque n'est pas trop tuméfiée, mais on sent à la palpation un corps dur, mamelonné, comme noueux sur

certain points, s'étalant et se perdant sur les bords, siégeant un peu au-dessus du cœcum, et comme enveloppant la branche ascendante du colon, d'une étendue un peu moins grande que celle de la main. Elle est dure, comme pourrait être un empatement ganglionnaire.

L'état général ne paraît pas mauvais ; il n'y a point de fièvre ; l'appétit se maintient quoique plus modéré qu'il n'était autrefois ; la langue est légèrement sale ; le teint général est presque naturel, mais plutôt un peu terreux.

Ce qui préoccupe surtout le malade, c'est sa douleur et sa diarrhée. Il a pris *Metall. alb.* à plusieurs dilutions ; je prescris *Ignatia* 6° jusqu'au 6 mars, sans succès.

Du 6 mars au 12, *China* 6° diminue les douleurs et les coliques qui accompagnent la diarrhée, mais celle-ci persiste.

Du 12 au 20, je reviens à *Metall. alb.* 3°. La diarrhée augmente jusqu'à six selles par jour, plus liquides que précédemment.

Du 20 au 26, *Calc. c.* 6° et *Phosph.* 6°. La diarrhée diminue, mais modérément.

Du 26 au 30, *Phosph. ac.* 3°. La diarrhée diminue encore et cesse complètement. Mais les douleurs abdominales deviennent très vives, et le malade se plaint amèrement que la cessation de sa diarrhée lui amène des coliques insupportables. *Calc. c.* 6°, et *Metall. alb.* 6°.

9 avril. — La diarrhée est revenue, mais très modérée, 2 selles par jour, trois au plus, et es coliques

sont moins fortes ; mais il y a une chaleur dont le malade se plaint dans tout l'abdomen, et qui est peu sensible à la main. La tumeur paraît moins étendue, mais plus bossuée ; il semble que son atmosphère pâteuse se soit résorbée en partie pour laisser plus sensible un amas de nodosités comme des ganglions ; et la sensibilité y est bien moins forte. On palpe et on presse sans que le malade se plaigne beaucoup, quoiqu'il dise que c'est encore sensible. *Cal. c. 6°*, et *Cistus canad. 6°*.

20 avril. — Le malade allait mieux. Il a été pris depuis hier de douleurs très vives dans le rein droit, se prolongeant dans la vessie, et ce matin il a rendu plusieurs graviers rouges d'acide urique. *Calc. c. 6°*, *Pareira trav. 3°*.

24. — Il ne s'est plus rien produit du côté des reins, mais la diarrhée, qui existait à peine et même cessait complètement parfois pendant deux ou trois jours, est revenue plus forte et avec de vives coliques. *Veratr. alb. 3°* est continué pendant trois jours sans rien modifier.

Le 27, on revient à *Calc. c. 6°*, et *Muriat. ac. 6°*, qui ne donnent qu'une légère amélioration.

Le 30 on donne *phosph. 6°*, qui modère sensiblement la diarrhée sans l'arrêter, et le malade se plaint de ses douleurs. Cependant, la tumeur s'est très sensiblement réduite, l'empâtement général est bien moindre, et l'on perçoit comme une réunion de nodosités de la grosseur d'une noix, dont quelques-unes sont presque isolées.

Le 7 mai, en raison des coliques qui surviennent

plus fortes, quoique la diarrhée soit moindre, *Chinin. sulf.* 2° trit.

On continue jusqu'au 17, mais après plusieurs jours d'un état bien meilleur, la diarrhée et les coliques reviennent plus vivement. *Calc. c. 6°, colocynth.* 3° procurent une très sensible amélioration, mais pour quelques jours seulement, et l'état continue.

21° OBSERVATION.

Méningite.

Lit n° 5. — 27 mars — 2 avril.

Ce malade, âgé de 46 ans, employé dans un bureau, se sentait décliner depuis quelque temps. Il avait eu une pleurésie il y a quelques mois, et s'en ressentait toujours, par une douleur dans le côté. Il toussait presque constamment, avec expectoration, avait des sueurs nocturnes, maigrissant et s'affaiblissant de jour en jour. Il a saigné abondamment du nez il y a quelques jours.

28 Mars. — Entré d'hier, il a mal dormi, a eu de la sueur comme les jours précédents et de la toux. C'est un organisme très débilité : il y a un peu de fièvre. Le côté droit de la poitrine est le siège de la douleur, et le poumon y est pris du haut en bas. En avant, sous la clavicule, matité très sensible avec souffle et pectoriloquie atone ; en arrière, souffle et craquement dans les fosses sus et sous-épineuse. Dans tout le poumon en arrière, du même côté, submatité très marquée, avec obscurité du bruit respiratoire et des râles muqueux lointains. A gauche, rien en arrière

et en bas, mais au sommet, sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse, expiration prolongée avec obscurité de l'inspiration, quelques craquements. *Bryone* 3° et *Canth.* 3°.

29. — Le malade a été pris dans la nuit d'une épistaxis abondante avec un peu de délire et fièvre très légère. *Bryone* 3°, et *Ipeca* 3°.

30. — Nouvelle épistaxis ; délire dans la nuit ; céphalalgie très vive ; vomissements répétés depuis hier soir ; pouls à 76 ; point de fièvre, mais très grande faiblesse. Même traitement.

31. — L'hémorrhagie a continué malgré le tamponnement avec l'amadou et le perchlorure de fer. Le pouls reste à 76. *Nux vom.* 3°, et *Hamamel* 3°.

1^{er} avril. — L'agitation nocturne a été très vive, avec délire ; le malade n'a pu être contenu que par la camisole de force ; l'épistaxis est arrêtée, mais le délire continue ; les vomissements se répètent, porracés et très fétides ; le pouls reste à 76-80, rien de nouveau du côté de la poitrine ; rien au cœur.

2 avril. — Le malade est au plus mal, ne reconnaît plus, et boit avec difficulté, très oppressé. *Carbo veget.* 12°. Il meurt dans la nuit.

22° OBSERVATION.

Fièvre typhoïde légère.

Lit n° 8. — 9 mars — 5 mai.

M. X., 19 ans, garçon épicier, est souffrant depuis huit jours environ. Il se plaint de malaise, d'un point de côté, de céphalalgie, de toux. La température

est à 39°. Il tousse légèrement. Il a quelques craquements légers au sommet gauche et quelques frottements pleuraux. A droite, l'expiration est un peu prolongée et rude.

Les pupilles sont dilatées et ont peu de sensibilité à la lumière. Il a un peu saigné du nez ces jours-ci. Point de diarrhée. Le malade est pâle et fatigué ; il y a un peu d'engourdissement général. Le 10 au matin, le pouls est assez fréquent, à 100; tempér. à 37.6; le soir 39.1. On lui donne *aconit* 3°, *Bryone* 3°.

Cet état persiste sans phénomènes saillants avec la céphalalgie et un peu de toux.

La température baisse le plus ordinairement à 37 le matin, et monte le soir à 38,6 ou 39. Il n'y a point de taches au ventre bien marquées; deux me laissent du doute. Les nuits sont agitées. On continue les mêmes médicaments et on donne bouillon et potages.

Le 20, la fièvre semble tomber ; la température reste à 37 le matin, 38 le soir ; le pouls à 100. La céphalalgie persiste, la douleur de côté est moins vive ; toujours un peu de toux par quintes ; rien de nouveau à l'auscultation. On donne *drosera* 3° contre la toux.

Les 22 et 23, la température est montée à 39 le soir, étant à 37 le matin ; puis elle baisse quelques jours. Le 26 elle est même descendue à 36.5. Le 29 elle remonte à 38.5 le soir ; il y a moins de toux, mais un peu de sang dans les crachats ; les garde-robes sont difficiles. *Millefolium* 3°.

Le 1^{er} avril, des épistaxis répétées depuis trois jours avec la céphalalgie frontale plus forte. *Nux. vom.* 3°.

6 avril. — Les saignements de nez n'ont point re-

paru ; la céphalalgie persiste, mais moins forte. Le malade se sent mieux, il demande à manger et à se lever ; il y a toujours un peu de toux passagère avec une légère expectoration muqueuse ; le pouls reste à 100 ; la température à 37 le matin, le soir 38.5. *Bryone* 3°, *ipeca* 5° ; 50 centigrammes de sulfate de quinine pendant trois jours, ce qui ramène le pouls du soir à 38 les jours suivants.

13 avril.— La fièvre reprend de nouveau un peu plus fort ; la température à 37.5 le matin, 38.5 le soir la céphalalgie est plus forte, ainsi que les douleurs rhumatoïdes dans le côté. *Rhus. tox.* 3°, *ars* 3°, 40 centigrammes de sulfate de quinine pendant trois jours.

17 avril.— La fièvre persiste, oscillant autour de 38 ; toujours de l'agitation nocturne depuis plusieurs jours, comme au commencement ; la céphalalgie frontale, qui avait cédé, a reparu, et quelques douleurs dans les côtés. L'état de la poitrine est meilleur. *Gelseminum* 3°, *rhus tox.* 3°

Le 24.— La fièvre paraît tout à fait tombée depuis cinq jours ; la température oscille à quelques dixièmes au-dessus de 37, le pouls tombe à 84 ; la poitrine va bien ; toujours un peu de constipation. Même traitement. Mais le lendemain 25, le pouls revient à 100 et la température remonte pendant trois jours, à 38, 38,5 et 39 ; puis elle retombe les jours suivants entre 37 et 38. La constipation opiniâtre ne cède pas à *thebaicum* 6°, mais à des lavements répétés, qui amènent une débâcle.

A partir du 28, on donne *sulfur.* 12°, contre une

petite toux sèche et d'ailleurs rare. Le malade se lève et mange bien, ne se sent plus de sa tête, et se trouve en bonne santé. La température reste aux environs de 37. Il sort le 7 mai.

23° OBSERVATION.

Fèvre typhoïde : Pneumonie.

Chambre. — 10 mars — 16 avril.

M. X., âgé de 51 ans, marchand d'antiquités, est malade depuis huit jours, et nous est envoyé comme atteint d'une fièvre synoque. Il avait du malaise et un peu de fièvre.

Le jour où il entre, il se plaint beaucoup de malaise et de fièvre ; la température est à 40 ; le pouls à 72.

10. — La nuit a été mauvaise, avec délire qui continue ce matin ; il y a beaucoup de toux et de dyspnée ; le malade a un peu de catarrhe chronique ; il répond d'ailleurs très mal à ce qu'on lui demande, comprenant très mal et retombant incessamment dans son délire. Le crachoir contient des crachats abondants dont plusieurs ont la couleur jus de pruneaux.

L'auscultation donne à droite, dans tout le poulmon, des râles muqueux et quelques sibilants ; à gauche, dans une grande étendue, des râles crépitants très fins. Il y a de la diarrhée. Le pouls est à 72-76 ; la température à 39.4. *Bryone* 3°. Le soir, tempér. à 39.8.

Le 11. — Rien de changé dans l'état local ; le délire est complet ; la diarrhée persiste, la température est la même le matin et le soir, *Bryone* 3°.

12. — Le malade a été très agité toute la journée et surtout la nuit ; délire doux et continu ; crachats moins abondants et moins faciles, toujours couleur jus de pruneaux ; la langue, qui était très chargée, est tout à fait sèche et noire, rouge à la pointe. A l'auscultation les râles demeurent les mêmes au poumon droit ; à gauche les râles crépitants ont fait place à un souffle étendu, un peu mou, qui n'est pas franc comme dans la pneumonie ordinaire. Le pouls est à 76 ; la tempér. à 39 ; le soir à 39.9. *Bryone 6^e, Phosphorus 6^e.*

Le 13. — Même état, toujours grave ; même traitement.

14. — L'agitation a beaucoup augmenté. Le malade est dans un délire complet ; il a tout à fait perdu connaissance. Il mâchonne et déchire sa langue avec ses dents, rejetant incessamment du sang dont sa bouche est pleine. La diarrhée continue, il laisse aller sous lui sans s'en apercevoir. Dans la poitrine le souffle a diminué d'étendue et il y a plus de râles muqueux à gauche et à droite. Le pouls est à 80 ; la température à 39.9 le matin. *Nux vom. 6^e, hyosc. 6^e* ; 50 centigrammes de sulfate de quinine. Le soir, temp. à 39.

15. — Même état ; la température est à 39.3 le matin, à 39 le soir.

16. — Le malade est dans un véritable collapsus ; rien ne peut le tirer de son coma dans lequel il mâchonne et murmure des mots incompréhensibles ; la langue est tout à fait noire, déchirée et pleine du sang qui déborde de la bouche. Cependant, à l'auscultation, l'é-

tat du poumon est meilleur ; le souffle a disparu ; il n'y a que des râles muqueux abondants des deux côtés. Pouls à 76 ; tempér. à 39 le matin, 39.8 le soir. *Opium 6°, Bryone 3°.*

17.—Le malade est toujours dans le même état comateux d'où on ne le peut tirer. La température est à 39.5 le matin, à 40.3 le soir. *Opium 6°, bryone 3°, et 50 centigrammes de sulfate de quinine.*

Le 18.—Même état ; température 39.5. Même traitement.

19. — L'état est meilleur ; le malade sort par moments de son état de collapsus ; une fois il a reconnu la sœur. Les poumons présentent toujours des râles nombreux ; le souffle du côté gauche reste disparu ; on en trouve dans toute la fosse sous-épineuse à droite. La tempér. est à 39.2 le matin, 39. le soir. *Opium 6°, bryone 6°.*

25. — L'état du malade s'est amélioré doucement chaque jour ; la température n'a que très peu dépassé 39° ces trois jours. La somnolence est continuelle, mais le malade en sort pour quelques instants quand on lui parle, et reconnaît à peu près ceux qui l'entourent. La diarrhée persiste et le malade laisse aller sous lui sans s'en apercevoir. La langue est moins sèche et moins noire, mais le malade continue de la mâchonner et elle est encore couverte de sang. A l'auscultation, il y a des râles muqueux dans la poitrine des deux côtés, mais de souffle nulle part. Le pouls est à 76 ; la température à 38.3 le matin, 38.6 le soir. *Opium 6°, ars. 3°.*

26. — Le malade a repris toute sa connaissance ;

mais la nuit a été encore très agitée, avec un sommeil pénible, un peu de délire, du machonnement et des soubresauts des membres. L'oppression est bien diminuée ; peu de toux ; quelques crachats muqueux. La langue est toujours très sale et brunâtre au lieu d'être noire, plus humide. La diarrhée est arrêtée depuis hier. L'infirmier nous signale que tout le siège est à vif, jusqu'en avant ; et, en effet, il y a une sorte d'eczéma suintant et infect qui occupe une large région autour de l'anus, s'étend sur les cuisses et couvre entièrement les bourses. Je fais lotionner avec une solution d'*acide borique* au 100°. La température est descendue à 37°. Comme médicaments, *opium* 12°, *ars.* 2°.

28.— La fièvre est peu de chose ; la température est à 38. Le malade se sent d'une grande faiblesse, et demande à manger. La langue est toujours sale, mais plus humide. La toux est peu de chose, l'expectoration est celle d'un catarrhe habituel. Même traitement ; potages.

30.— Le malade est tout à fait réveillé, reprend ses forces et sent sa faim revenir ; on lui accorde un œuf avec ses potages. La langue se nettoie. La température oscille autour de 37. Même traitement.

1^{er}.— Le malade ne se plaint plus que de sa faiblesse ; la langue est bonne ; l'appétit s'accroît ; on accorde de la viande. La température tombe au-dessous de 37 les jours suivants, et même au-dessous de 36. Les forces reviennent peu à peu. Une constipation opiniâtre a succédé à la diarrhée, et ne cède pas à *nux vom.* 12°, mais à un peu d'eau d'Hunyadi. A

partir du 5 avril, le malade se lève chaque jour quelques heures d'abord, puis la journée. Il sort le 13 avril tout à fait guéri, mais ayant encore besoin de soins et de bonne alimentation pour reprendre toutes ses forces.

— Au premier jour de son entrée, ce malade se présentait avec les signes irrécusables d'une pneumonie ; les crachats jus de pruneaux caractéristiques et le râle crépitant très fin du côté gauche ne permettaient aucun doute. Mais à quelle période en étions-nous ? Cet homme était malade depuis huit jours, son médecin l'envoyait pour une synoque et l'avait vu la veille. Si les signes caractéristiques s'étaient montrés, il n'aurait pu s'y tromper ; ce ne pouvait donc être une pneumonie en résolution ; et, d'un autre côté, huit jours de prodromes pour cette maladie, c'était bien extraordinairement long. Enfin, une température de 40° dès le début, avec un pouls à 76, et sans que l'affection locale soit plus avancée, on peut en être étonné ; car si, dans cette maladie, la chaleur peut monter à ce degré, ce n'est que progressivement, après deux ou trois jours pour le moins, lorsque l'hépatisation est bien faite, que la matité est pleine et pâteuse, avec du souffle. Enfin le délire, dont le début, à ce que j'apprends, a paru quelques jours avant l'entrée du malade, n'est pas le délire de la pneumonie qui suit ce souffle, et ne le précède pas d'ordinaire. Mais lorsqu'après trois jours, le souffle paraît, et qu'en même temps la température baisse, mon étonnement s'accroît ; et lorsque trois jours encore après, le souffle diminue et disparaît pour faire place

à du râle crépitant de retour, qu'en même temps le délire augmente, qu'on voit poindre le coma, le pouls restant bas, et la température demeurant élevée; que la diarrhée augmente et devient involontaire avec augmentation du délire, nous avons là autre chose qu'une fluxion de poitrine, et ce ne peut être qu'une fièvre typhoïde dans laquelle la pneumonie est un épiphénomène considérable, comme la méningite et la diarrhée sont deux autres phénomènes accentués.

Il est vrai que, communément, dans la fièvre typhoïde, le pouls monte plus haut que 76 à 80, ou accidentellement à 84, comme dans le cas présent; tandis que dans la pneumonie, cela se rencontre encore de temps à autre; mais cependant il y a des cas de fièvre typhoïde où le pouls ne dépasse guère ce niveau.

Remarquons, d'ailleurs, que l'élévation du pouls dans la fièvre typhoïde est ordinairement le signe que la maladie sera longue; et ici elle a été relativement courte, surtout si on considère le délire, la somnolence comateuse, et la diarrhée.

Enfin, si l'on s'en rapporte aux principes, il est de règle que dans les affections bien localisées la lésion est le nœud et comme le centre, le foyer du mouvement morbide d'où tout procède, comme dans les phlegmasies; tandis que dans ce qu'on nomme les maladies générales, comme la fièvre typhoïde, le mouvement morbide, dans son ensemble, dépend de l'état général et n'est pas souvent d'accord avec les affections locales, comme cela s'est présenté dans le

cas présent. Dans une fluxion de poitrine comme dans les autres phlegmasies, le mouvement général morbide croît en raison du progrès l'affection locale, et tombe lorsque cette affection se résout ; et si par diadoche ou mitastase, l'affection principale s'atténue pendant qu'un épiphénomène considérable se produit, l'affection principale redevient le foyer du mouvement dès que l'épiphénomène est terminé ou s'atténue. Dans le cas présent le mouvement de fluxion sur le poumon commence lorsque déjà la fièvre dure depuis huit jours, avec de la diarrhée et du délire, la température à 40 ; quand il s'affirme par le souffle, d'ailleurs imparfait, la température baisse au lieu de monter ; et cette affection ne dure que six jours sur le côté gauche, pour reprendre un peu plus tard pendant trois jours du côté droit, dans un mouvement morbide d'une durée d'un mois, dans lequel le délire et la diarrhée ont été les phénomènes permanents du commencement à la fin, et comme la base fondamentale du mouvement. Je me crois donc légitimement autorisé à considérer ce cas comme une fièvre typhoïde dans laquelle une pneumonie s'est produite comme épiphénomène principal.

24° OBSERVATION.

Fièvre typhoïde légère.

Cas n° 5. — 12 mai — 5 juin.

Cet homme, âgé de 30 ans, employé de commerce, est souffrant de malaises et de mal-entrai depuis trois semaines ; il s'est alité avec la fièvre il y a cinq jours ; il en avait peut-être un peu quelques jours

avant. Il avait de la céphalalgie, des vertiges, perte d'appétit, et il a eu un petit saignement de nez abondant. Il est encore de même aujourd'hui, avec la langue blanche, de la prostration morale et physique, le ventre sensible à la pression, sans gargouillement dans la fosse iliaque, sans taches sur l'abdomen, sans diarrhée, plutôt un peu de constipation, à peine de la toux, et rien dans la poitrine à l'auscultation. La temp. était, hier soir, 39,5 ; elle est ce matin à 39,1 ; pouls à 90. *Aconit 3°* et *Bell. 3°*. — Le soir, tempér. à 40,1.

14 mai. — La nuit a été plus calme que la précédente ; moins de céphalalgie, la langue plus sale et plus sèche, rouge à la pointe ; le ventre plus sensible, sans gargouillement ni taches ; constipation qui résiste ; rien du côté de la poitrine, à peine de la toux, Pouls à 80, temp. 38,8. Lavement et *Nux vom. 3°*. — Le soir, temp. à 40,1.

Le 15, la douleur de tête a augmenté, surtout à la région occipitale où le malade porte la main en se plaignant vivement ; il y a eu une garde-robe. Tempér. à 38,8. *Thuya 3°*. — Le soir, temp. à 39,2.

17. — La douleur était diminuée hier, elle est moindre encore ce matin, mais persiste. Sensibilité assez vive dans le ventre, surtout dans l'hypochondre gauche, dans la région de la rate qui n'est pas hypertrophiée. La constipation persiste. Le pouls est à 80 ; la tempér. à 38,5. Même traitement ; lavement. — Le soir, tempér. à 39,2.

19. — La céphalalgie est très diminuée ; la région de la rate est bien moins sensible, la langue est toujours

sale, rouge à la pointe. Le malade se plaint de son estomac embarrassé qui lui donne comme des nausées. Quelques taches rosées sur le ventre, mêlées à des sudamina. Constipation tenace. Poids à 39; temp. à 38.5. — Lavement et *nux. com.* 2. — Le soir, temp. à 39.2.

22. — Le malade est sensiblement mieux : il y a eu un peu d'épistaxis; constipation opiniâtre. Le poids est baissé à 72; tempér. à 38. *Thébaïc 3.* Lavement. — Le soir, temp. à 38.7.

26. — On a continué le même traitement. la constipation a un peu cédé. Il n'y a plus de fièvre : les nuits sont bonnes; la langue se nettoie; l'appétit revient; les forces seules laissent à désirer. *Métall. alt. 3.*

Le malade est entré en convalescence, il commence à manger, et quelques jours après se lève. La constipation seule reparaît toujours et il faut revenir plusieurs fois à des lavements pour en venir à bout, jusqu'à la sortie le 5 juin.

J'ai omis dans ce compte rendu du service pendant le trimestre du 1^{er} mars au 1^{er} juin, de parler de quelques malades dont les observations n'ont pas été prises, ou sont trop imparfaites, et dont je veux au moins faire mention :

1^o Une femme d'une trentaine d'années, occupant le lit n^o 9 depuis plusieurs semaines, avec des traces de tuberculose dans la poitrine, et une tuméfaction d'apparence glandulaire dans le ventre vers la fosse iliaque, qu'on a suspectée avant moi d'avoir donné

un foyer purulent qui se serait évacué par l'intestin; pauvre femme souffrant et se plaignant toujours, pour qui j'ai essayé bien des médicaments sans résultat décisif, et à qui je n'ai pu procurer qu'une bien légère amélioration dont *ars.* et *veratr.* ont été surtout les agents.

Je l'ai laissée dans le service.

2° Une jeune fille de 17 ans qui a occupé le lit n° 3, du 1^{er} au 16 avril, étant entrée pour de la courbature; nature délicate et débile, dont la poitrine était un peu fatiguée avec des douleurs vagues dans tout le corps, et qui je crois bien, avait souffert d'une alimentation imparfaite. Une bonne nourriture et *sulfur* 12^e lui permirent de sortir après 15 jours.

3° Une femme de 64 ans, ouvrière, qui occupe le lit n° 7 du 16 avril au 5 mai. Elle était entrée avec une bronchite ancienne peu forte et de la gastralgie, surtout de la faiblesse et un peu de misère. On lui donna *China* 6^e, et de la nourriture qui la relevèrent.

4° Au n° 1 de la salle des hommes, le lit est occupé par un jeune homme qui a un ascite considérable et que j'ai laissé dans le service. On lui a déjà fait deux fois la ponction, et on l'a refait deux fois encore en trois mois, en espaçant le plus possible, retirant chaque fois 18 à 20 litres de sérosité jaunâtre. On a déjà essayé pour lui bien des médicaments sans succès, et j'ai vainement renouvelé les mêmes tentatives.

5° Un homme de 44 ans occupe le lit n° 5, du 1^{er} au 23 mars, pour un lumbago qui cède d'abord à *Rhus tox.* 3^e; comme la douleur a un foyer de résistance dans un des côtés des reins, il prend *Bryone* du

6 au 12 ; et enfin *Nux vomica* 6°, quand il ne reste plus qu'un manque de souplesse dans les membres inférieurs.

6° Un jeune homme de 23 ans, doreur sur bois, au lit n° 6, entre pour une phthisie à la dernière période le 21 février. On soulage la toux et l'oppression en lui donnant successivement *Drosera* 3°, *Moschus* 3°, *Kali hydr.* 1^{re} 10° et *Carbo veget.* 6°. Il meurt le 21 mai.

7° Un homme de 62 ans, forgeron, dans le service depuis le 2 février, est atteint d'une hémiplegie. *Plumbum* 30°, continué presque tout le temps, l'améliore sensiblement.

8° Un peintre, âgé de 54 ans, est entré dans le service, au lit n° 8, le 22 février, pour des suites de coliques de plomb. Il a de la paralysie aux extenseurs de la main droite, des douleurs de tête, et surtout des douleurs articulaires, particulièrement dans les genoux. Les gencives portent encore un liseré très marqué. Il n'y a pas d'albumine dans les urines. Il a pris *china* 3° jusqu'ici ; je lui donne *sulfur* 6° qui l'améliore sensiblement jusqu'à sa sortie, étant capable de reprendre du travail le 12 mars.

9° Au lit n° 5, entre le 2 avril un homme de 54 ans pour une sciatique, de la misère, et, je crois, un peu de paresse. On lui donne *rhhus tox.* 3° qui le soulage très sensiblement et il peut se lever. Du 6 au 10, il se plaint que la douleur s'est fixée sur le trajet de la saphène externe qui est gonflée et variqueuse ; on lui continue *rhhus tox.* 3° en l'alternant avec *clematis* 3°. A partir du 19, il va vraiment mieux, mais se do-

lente de faiblesse dans la jambe et surtout le genou ; on lui donne *china* 3°, jusqu'à sa sortie le 5 mai.

10° Un homme de 55 ans, garçon de bureau, qui paraît un vieillard, tant il est décrépît, vient occuper le lit n° 6, le 27 avril. Il a de la bronchite chronique depuis longtemps, et paraît déjà au terme de sa carrière. Il y a de l'emphysème, des râles muqueux et ronflants dans les deux poumons, mais point très forts, et à droite, en avant, l'expiration prolongée, un peu soufflante, et des craquements; une dyspnée notable; des crachats abondants et puriformes. Point de fièvre. On lui donne d'abord *ars.* 3° et *kali hydr.* 3°; puis *ars.* 3° et *ipeca* 3°. La dyspnée diminue, les crachats se modèrent. Le 10 mai il allait mieux, l'auscultation était plus favorable, les crachats sont diminués, mais la respiration est très pénible, la figure se cyanose ; on donne *ars.* 3°, et *tartarus* 3°, du lait, du vin et de l'alcool. Le 12, l'état s'est tout à coup aggravé dans la nuit ; l'expectoration est supprimée ; la dyspnée est extrême ; il y a du subdelirium ; le pouls est lent et très faible, par moments insensible. *Ars.* 3°, et *carbo veg.* 6°. Le malade meurt le 13 au matin.

11° Enfin, dans une chambre est un phthisique très avancé, qui est dans l'hôpital depuis près d'un an, se traînant avec de la fièvre constante et des sueurs abondantes, le poumon droit pris entièrement avec des restes d'une ancienne pleurésie, le poumon gauche très endommagé au sommet, souvent de la diarrhée. *Drosera* 3°, *calc. c.* 6°, *kali hydr.* 3°, *nux jugl.* 3°.

lui ont successivement donné du soulagement. Il reste dans le service.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE

HYPOTHÈSES ET CONTRADICTIONS ACADEMIQUES.

CHAPITRE PREMIER

LES DÉBATS.

I. LA TRIBUNE.

Ouverte à l'Académie de médecine dans la séance du 26 août 1882, la discussion sur la fièvre typhoïde n'a été close que le 19 juin 1883. Elle a été suivie avec une attention, et, on peut le dire, avec un intérêt croissant, non seulement par le public médical, mais encore par les gens du monde, non seulement en France, mais encore à l'Étranger. Jamais la tribune académique n'a été le théâtre de débats plus solennels, et, en même temps, plus passionnés et plus étonnants.

Nommer tous ceux qui y ont pris part, ce serait nommer les médecins, les physiologistes et les chimistes les plus célèbres par leur enseignement et par leurs travaux. Quelques-uns se sont surpassés ; les autres ont justifié une fois de plus leur réputation ; tous ont déployé leurs plus solides qualités, et, entre toutes, la sincérité : la sincérité qui est la probité du savant et aussi son honneur.

II. UN ORATEUR

Mais il en est un qui a ramené la discussion sur son véritable terrain, le terrain de la pathologie et de la thérapeutique ; qui en a précisé l'objet ; qui l'a agrandie, élevée, dirigée, et à qui elle doit son plus grand éclat ; c'est M. Michel Peter, dont le nom doit être cité à part, parce qu'il est hors de pair.

Ses cinq discours, autant de belles et nobles actions ; de l'un à l'autre le succès va toujours croissant.

Avec quel brio, quel entrain, quelle furie toute française il sonne la charge, engage le combat, se jette dans la mêlée !

A la clarté, sa qualité maîtresse, il unit un esprit, une finesse, une verve, un style enfin, dignes de Paul-Louis Courier, de Beaumarchais et de Voltaire. Le proclamer le premier et le plus éloquent entre tous, ce n'est que lui rendre justice et constater un fait. Ce qu'il faut louer surtout, c'est son indépendance de toute coterie, son courage à s'attaquer à la plus puissante, l'unique dispensatrice des récompenses et des honneurs académiques. Quelle abnégation, quelle probité, quelle austérité, sous cette parole si vive, si alerte, si acérée, et, en même temps si bienveillante et si loyale : sous tant de grâce, quel stoïcisme ! et, sous ce stoïcisme, tout le charme de la tolérance.

Oui, si l'on embrasse cette grande discussion dans son ensemble, après en voir étudié les moindres détails, on est saisi, dominé par un sentiment, le res-

pect. Oui, le respect pour tant d'efforts, même stériles, dans la recherche de la vérité, pour tant d'ardeur à combattre l'erreur et le mal, pour tant de dévouement mis au service de l'humanité ! Oui encore le respect, alors même qu'on ne les partage pas, pour des convictions soutenues avec tant de vigueur, de courtoisie et de talent ! Oui, enfin, le respect pour de tels hommes qui doivent tout au travail, à la dignité de leur vie, à l'accomplissement du devoir.

III. UN ARGUMENT SANS RÉPONSE.

Mais, à cette première impression en succède bientôt une autre de douloureux étonnement, de profonde déception. Et, en effet, malgré toute l'ampleur et tout le retentissement de cette longue lutte oratoire, la victoire n'est restée à personne, et la déroute a été universelle.

Aussi, le 17 avril 1883, tout en se défendant énergiquement, mais avec une modération singulière, M. Pasteur a-t-il pu s'écrier à bon droit :

« A entendre l'orateur (M. Peter) parler avec tant de dédain des chimistes et des physiologistes qui touchent aux questions de maladies, on dirait, en vérité, qu'il parle au nom d'une science dont les principes sont assis sur le roc. Lui faut-il donc des preuves du peu d'avancement de la thérapeutique ? Voilà six mois que, dans cette assemblée des plus grands médecins, on discute le point de savoir s'il vaut mieux traiter la fièvre typhoïde par des lotions froides que par de la quinine, de l'alcool ou de l'acide

salicylique, ou même ne pas la traiter du tout. (512) ». (1).

Et M. Michel Peter, passé maître dans l'exposition, irrésistible dans l'attaque, invincible dans la critique, M. Peter, qui n'a rien laissé debout des hypothèses pathologiques et des traitements systématiques, rien de l'hydrothérapie de Brand, rien, absolument rien, de la microbiologie, M. Peter ne trouve rien à opposer à l'argument *ad hominem* de M. Pasteur !!

Ah ! c'est qu'il avait pris soin de se découvrir lui-même et de présenter le flanc à son contradicteur. En effet, en terminant une de ses répliques à M. Bouley, n'avait-il pas proclamé l'impuissance de l'Académie et la sienne propre, en ces termes :

« Maintenant, messieurs, on me demandera peut-être pourquoi j'ai soulevé cette discussion ?

« Je pourrais répondre que c'est parce que je suis médecin et que rien de ce qui est médical ne saurait m'être étranger.

« J'aime mieux dire que c'est parce que je suis un philosophe pratiquant le libre examen, qui traverse son époque en voyageur curieux, et s'émerveille de voir l'étroitesse du cercle où s'agite la pensée humaine ; laquelle, malgré d'orgueilleuses prétentions, peut à peine en agrandir le diamètre APRÈS DES SIÈ-

Les citations indiquées seulement par des chiffres sont extraites du *Bulletin de l'Académie de médecine*. Les chiffres supérieurs à 900 correspondent aux pages du Tome XI de la 2^{me} série ; les chiffres inférieurs à 900, aux pages du Tome XII de la même série.

CLES D'UN PERPÉTUEL RECOMMENCEMENT. (*Applaudissements*) (415 et 416). »

Applaudissements!!! Quoi ! pas une conscience qui se soulève, pas une intelligence qui se révolte, pas un savant qui proteste, pas un seul médecin qui s'indigne sous le coup d'une telle condamnation à l'éternel supplice de Sisyphe !

Comment, le XIX^e siècle touche à sa fin, et tout est à recommencer ! Même en ce qui concerne la fièvre typhoïde, de tout un passé laborieux, fécond et, on peut le dire, glorieux, il ne reste rien ! Table rase ! Prost, Broussais, Petit et Serres, Louis, Bretonneau, Bouillaud, Chomel, Cruveilhier, Andral, Magendie, et vous, le plus recommandable de tous, quand il s'agit de fièvre typhoïde, vous le maître de G. Sée et de dix autres académiciens, vous, Forget de Strasbourg ! vos travaux sont tellement ignorés, votre enseignement tellement méconnu, qu'on en cherche vainement la trace dans ce grand débat !

C'est navrant, c'est désespérant ; c'est la preuve irréfragable que l'histoire médicale est absolument ignorée, l'érudition la plus vulgaire dédaignée, la tradition, enfin, brisée, reniée, bafouée, tenue en un profond mépris.

Donc on recommence : *ab ovo*. D'Hippocrate à nos jours, c'est l'âge de la pierre, puis l'âge du bronze, — la nuit des temps préhistoriques.

L'aube médicale se lève seulement ; voyez déjà quelle lumière elle projette sur toutes les questions relatives à la fièvre typhoïde, en hygiène, en pathologie et en thérapeutique !

CHAPITRE DEUXIÈME. HYGIÈNE ÉTIOLOGIQUE.

I. CAUSES GÉNÉRALES.

Le titre de ce chapitre est emprunté à M. Bouchardat :

« En commençant la partie consacrée à l'hygiène
« étiologique, dit-il, je répéterai d'abord ce qu'a si
« excellemment dit notre distingué collègue M. Jules
« Rochard : « De quoi s'agit-il ? De rechercher les
« causes qui ont provoqué l'épidémie qui règne
« actuellement sur Paris, de trouver les moyens de la
« faire cesser en les écartant et, si cela est possible,
« d'en empêcher le retour. » C'est bien là l'hygiène ba-
« sée sur l'étiologie. (1397) ».

Voilà, sur un point, l'objet de la discussion bien défini.

Tout au début, M. Vulpian avait posé et résolu à sa façon la question étiologique, surtout au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique. Par modestie et par prudence, M. Marjolin se renferme, lui, exclusivement dans le domaine de l'hygiène.

Sans épargner le riche, les endémo-épidémies, la fièvre typhoïde surtout, s'aggravent ou naissent dans les quartiers et les logements insalubres.

Là, dans une situation déplorable, vit, travaille et s'éteint une nombreuse population. C'est là qu'il s'agit de combattre le mal, sinon dans son origine, du moins dans son foyer le plus actif, dans les con-

ditions qui le développent et le propagent au loin.

Une loi sur les logements insalubres existe ; elle est insuffisante ; M. Marjolin en réclame énergiquement l'application rigoureuse et le complément, de nouvelles dispositions pouvant seules parer aux exigences les plus urgentes.

M. Marjolin s'est résolument mis à l'œuvre. Depuis longtemps il lutte contre des obstacles, hélas ! il est à craindre, insurmontables : l'indifférence, l'inertie, le préjugé, la routine. Loin de faiblir, son courage grandit avec les difficultés. Celles-ci tiennent à la science, à la police sanitaire, aux intérêts les plus divers ou les plus opposés, les plus égoïstes ou les plus respectables, et, malheureusement, à l'économie sociale tout entière. Pour les résoudre, ce n'est pas trop de toutes les forces sociales ; aussi M. Marjolin fait-il appel à l'Académie, à l'Administration, à la législation, au gouvernement, à la charité publique et privée.

Son dévouement, ses sympathies pour les malheureux, et, plus que tout, le sentiment du devoir, lui font surmonter toutes les fatigues, tous les dégoûts, toutes les déceptions. Il honore la médecine contemporaine par toutes les vertus d'un St-Vincent de Paul.

Il a pénétré, il pénètre chaque jour dans les cloaques, les bouges, les taudis, où la pauvreté honnête et laborieuse coudoie le vice et le crime. Il a vivement ému l'Académie et le public par la lugubre peinture des horreurs dont il a été témoin. La cité ouvrière fangeuse et sombre et, là, dans la soupente

étroite, basse et obscure, quel tableau ! A côté d'un enfant au berceau, une belle jeune fille morte, la veille, de la fièvre typhoïde ; le père, la mère et cinq autres enfants, dont un âgé de dix ans et demi, atteint aussi par l'épidémie ; la paillasse vide, le linge manquant et, à plus forte raison, le vin, le pain, les médicaments ; pour toute ressource l'eau du puits corrompue et nauséabonde ; quel dénuement et quel drame : la misère, la maladie et la mort !

Aussi, après M. Marjolin, tous les orateurs signalent à l'envi, comme dominant l'étiologie : la misère, la malpropreté, l'encombrement, l'insuffisance d'air et de lumière ; les émanations putrides dans les logements et les quartiers insalubres ; — les influences délétères des vidanges et des latrines, des boues stagnantes dans les rues, des amas d'ordures putrescibles ; — les usines insalubres, les dépotoirs des environs de Paris ; — l'altération, l'infection de l'eau par les infiltrations, par les liquides impurs et par les saletés qu'on y projette ; — la pénurie de cette même eau, allant quelquefois jusqu'à la disette ; — le méphitisme de l'atmosphère dû aux bouches d'égouts, aux conduites d'eaux, aux tuyaux d'évents ; — les travaux de terrassement et de construction, trop multipliés ou trop prolongés, et jusqu'au nombre toujours croissant des immigrants non acclimatés.

Quelques-uns de ces éléments étiologiques, les deux premiers et le dernier notamment, soulèvent des problèmes d'éducation et d'économie sociale.

Tous les autres produisent le même effet, l'altération, la corruption, l'infection de l'air, par les éma-

nations provenant, soit d'organismes sains ou malades, vivants ou morts, soit de matières en décomposition ou en putréfaction.

II. CAUSES PRÉCISES.

La fièvre typhoïde peut-elle naître spontanément de l'encombrement et de la putridité ? Oui, répondent catégoriquement les faits cités, au début de leurs discours, par MM. Léon Colin et Jules Rochard, deux maîtres en épidémiologie. Ces deux orateurs occupent des positions élevées, l'un dans l'armée de mer, l'autre dans l'armée de terre. Leurs travaux résultant d'études poursuivies pendant bien des années sur le plus vaste champ d'observation, font autorité. Or, que la fièvre typhoïde puisse naître spontanément de l'encombrement et de la putridité, cela ressort jusqu'à l'évidence de leurs discours.

Qu'on en juge, non par une sèche et courte analyse, mais bien par les passages essentiels dont le texte doit être reproduit intégralement.

« La cause majeure la plus commune de la fièvre typhoïde, dit M. Léon Colin, c'est le miasme émanant de l'organisme vivant, alors même qu'il y a simplement agglomération sans encombrement proprement dit, et surtout sans rien de comparable à l'entassement de la population de ces misérables garnis dont on nous a fait le tableau, et que personne ne songerait à comparer à la demeure de nos soldats. Inutile de vous donner le détail des faits : ici c'est un corps divisé en deux fractions inégales, installées en des bâtiments voisins, absolument identi-

ques ; la fraction la plus forte seule est atteinte ; là c'est un régiment logé en une même caserne ; les deux premiers étages, largement aérés, sont indemnes, la maladie éclate sous les combles, dans les pièces relativement moins ventilées.

« Ailleurs l'épidémie succède à l'arrivée d'un effectif exceptionnellement nombreux, ou au simple fait de l'occlusion de quelques ouvertures, comme en hiver, où instinctivement et malgré la surveillance, les soldats s'ingénient à fermer hermétiquement portes et fenêtres. (1386-1387) »

M. Léon Colin ne se contente pas d'avancer ces propositions générales ; il les appuie sur la preuve expérimentale. Dans une étude spéciale sur l'influence pathogénique de l'encombrement, il a réuni en un même groupe les affections « qui acquièrent dans un milieu encombré une puissance de propagation et une gravité tellement exceptionnelles qu'il faut bien admettre qu'elles y trouvent un élément pathogénique. »

« Et, ajoute-t-il, dans ce dernier groupe, nous avons placé la fièvre typhoïde, d'autant plus volontier que, *nous nous condamnons à l'avouer*, nous sommes de ceux qui vont encore jusqu'à croire à son *développement spontané* en semblables circonstances.

« Permettez-nous de citer un exemple, observé par M. le Docteur Marmonnier : le 1^{er} mai 1876, 116 hommes du 4^e régiment du génie sont envoyés de Grenoble au hameau de la Bordelière, situé à une altitude de 950 mètres, au voisinage du Mont Eynard,

où l'on élevait un fort. Le détachement est logé dans trois maisons, 60 hommes dans l'une, 46 dans la seconde, 10 dans la troisième.

« Ces maisons, comme toutes celles du hameau, étaient fort distantes les unes des autres. Dans la première, où il n'y avait que 9 à 10 mètres cubes par homme, la fièvre typhoïde éclate le 3 juillet, atteint cinq hommes et en tue deux ; dans la troisième, dont les dix habitants étaient encombrés dans deux chambres étroites, se manifestaient à la même époque deux cas dont un mortel. Rien dans la seconde relativement plus spacieuse. Le 21 juillet, on évacue par ordre les trois maisons ; les soldats sont répartis, les uns sous la tente, les autres dans une vaste scierie très ventilée ; l'épidémie s'arrête.

« Si l'on considère que la maladie ne régnait pas à Grenoble, d'où venait ce détachement ; que d'ailleurs le premier cas s'est manifesté deux mois après son arrivée à la Bordelière ; qu'en ce hameau, relégué au flanc d'une montagne élevée, la maladie était absolument inconnue, hésitera-t-on à reconnaître, en son étiologie, l'influence génératrice du miasme humain ?

« Est-ce à dire qu'en cette étiologie de la fièvre typhoïde nous conservions le moindre doute sur l'action nocive des miasmes provenant de tout foyer de putréfaction animale, et plus spécialement des matières fécales ? Nous en avons d'autant moins que nos deux rapports fournissent peut-être les exemples les plus catégoriques de ce danger.....

« Nous avons pu même établir, d'après les faits, la

part qui semble revenir à chacune des deux causes précédentes : miasme d'encombrement d'une part miasme putride d'autre part, dans les affinités saisonnières de la fièvre typhoïde.

« Dans le premier cas, l'épidémie est surtout hivernale, et l'on en comprend la raison; c'est l'époque où la ventilation des casernes est réduite à son minimum par le séjour plus prolongé du soldat dans la chambrée et par l'occlusion d'un plus grand nombre d'ouvertures d'aération. Les épidémies nées du miasme putride (égouts, latrines, remuement de terres chargées de matières organiques) sont, au contraire, surtout estivales, coïncidant avec l'époque où les divers foyers qui les engendrent sont le moins irrigués ou immergés, et soumis à une température qui en rend les émanations plus intenses.

« Mais la comparaison de ces deux éléments étiologiques, encombrement et putridité, nous permet en outre d'affirmer, pour la série de faits que nous avons recueillis, la prééminence du premier de ces facteurs. (1388 et 1389). »

Dans une séance précédente, M. Jules Rochard avait soutenu la même thèse sur l'encombrement, en citant sommairement des faits semblables à ceux invoqués par M. Léon Colin.

« Tout le monde sait, avait-il dit, que la fièvre typhoïde est FILLE de l'encombrement et de la malpropreté, en prenant ce mot dans son sens le plus étendu.

« Il suffit, pour faire naître une épidémie, d'entasser un trop grand nombre de jeunes gens dans un

local trop étroit. C'est ce que nous voyons tous les jours, dans l'armée et dans la marine, et l'épidémie s'allume d'autant plus facilement et fait d'autant plus de ravages que l'établissement est plus insalubre et plus mal entretenu, que les hommes sont plus mal-propres, plus surmenés et moins bien nourris. Il suffit, pour arrêter le mal, d'évacuer la caserne, de disséminer les hommes et de ne les laisser rentrer qu'après avoir nettoyé et désinfecté les locaux (1319-1320).....

« Les effets de l'encombrement se font également sentir à bord des navires en cours de campagne. Lorsque, pour une cause quelconque, les ouvertures telles que les sabords, les hublots, les panneaux, sont fermés pendant quelques jours, que l'air s'altère et devient humide, dans les profondeurs du bâtiment, on voit souvent quelques cas de fièvre typhoïde ; et si cet état de choses se prolonge, on ne tarde pas à avoir affaire à une petite épidémie.

« C'est ce que nous avons eu plus d'une fois l'occasion d'observer à bord des navires qui transportent les condamnés à la Nouvelle Calédonie (1321) ».

Ces passages de MM. Léon Colin et Jules Rochard démontrent jusqu'à l'évidence la spontanéité de la fièvre typhoïde. Dans les faits cités par ces éminents observateurs, la maladie éclate sans qu'on puisse invoquer ni un cas antérieur, ni par conséquent la production, la multiplication et la propagation de germes spécifiques à la suite de ce premier cas ; ni le transport des germes de Grenoble à la Bordelière, de Brest à l'Equateur. De plus, il suffit, pour arrêter le

mal, de faire cesser l'encombrement, d'aérer le vaisseau ou de débarquer les passagers. Or, si les germes existaient, ils se dissémineraient avec les hommes sous la tente, sous les autres abris, ou à terre après le débarquement.

III. FATALE CONCESSION.

A cette démonstration rigoureuse, pas de critique, pas d'objection, pas de contradiction, mais aussi pas la moindre adhésion, point d'applaudissements. Ce silence étonne MM. Léon Colin et Jules Rochard ; sans doute aussi il les effraie. En face, est l'armée, comment dire, *parasitaire* ou *parasitiste* ? compacte, imposante par son attitude ; eux, ils se sentent isolés !

Le premier, prestement, M. Jules Rochard s'esquive.

Il se rappelle bien l'entassement des jeunes gens, les sabords et les hublots fermés, les petites épidémies naissant dans le local étroit ou dans le fond du navire, cessant par la dissémination des hommes ou le débarquement des forçats ; mais rien ne l'arrête ; il échappe à ses propres conclusions ; il court tête baissée et il tombe dans les conclusions contraires.

« Je ne veux pas dire, s'écrie-t-il, que la fièvre typhoïde naisse spontanément dans les conditions que j'indique ; je ne crois guère à la spontanéité des maladies infectieuses ; mais je ne voudrais pas me laisser entraîner sur le terrain de la théorie et des doctrines. Je me bornerai donc à dire en passant : si

La fièvre typhoïde est due à un être organisé, à un microbe, les germes doivent exister en tout temps : il y en a *partout* ; mais ces germes, en se développant, ne deviennent nuisibles que lorsqu'ils rencontrent un milieu, une atmosphère convenables ; eh bien, c'est ce milieu, ce terrain, c'est ce fumier atmosphérique que crée l'encombrement, que fertilisent les émanations infectes se dégageant de toutes les fermentations engendrées par l'incurie et le mépris des lois de l'hygiène. Voilà mon explication, mais je n'y tiens pas. Le fait est incontestable, c'est tout ce qu'il me faut. (1321 et 1322). »

Etabli sur un terrain plus solide, M. Léon Colin tient plus ferme ; il lutte encore contre l'invasion des germes, des organites et des microbes ; il se met à l'abri derrière une hypothèse supérieure ; mais bientôt il va être forcé dans son dernier retranchement ; désespéré, il exécute une savante manœuvre pour couvrir sa retraite.

Déjà, cédant sans doute aux exigences d'un exorde par insinuation, il avait dit :

« Cette dualité d'origine, au moins apparente (par l'encombrement et la putridité), a été pour nous l'un des premiers arguments à l'appui de la complexité des causes de la fièvre typhoïde, ou, *si vous le préférez cependant*, de la variété des milieux, des terrains de culture, favorables à l'entretien et au renouvellement de ses germes. (1389). »

A présent, les faits indépendants de l'encombrement et de la putridité tels que : l'apparition des épidémies sur un plus ou moins grand nombre de

points en même temps, leur fréquence ou leur rareté, leur bénignité ou leur gravité en certaines années, ces faits lui fournissent une transmission, ce semble, très naturelle.

« L'encombrement et la putridité, nous le reconnaissons, dit-il, sont assujettis dans leur puissance typhogène à une influence encore bien mal déterminée, et à laquelle nous faisons allusion dans le passage suivant de notre premier rapport (1380).

« Nous pensons ..., qu'il est sage de se demander s'il n'existe pas une influence générale susceptible de produire cette simultanéité des oscillations du mal en des lieux éloignés les uns des autres.

« On nous accusera peut-être de recourir en cette occurrence à l'évocation d'une influence plus occulte que ne le permettent les *aspirations de la science moderne*, et de ressusciter la doctrine pure et simple du génie épidémique, au détriment des causes incriminées et parfois démontrées par les observateurs de chacune de ces épidémies.

« Loin de nous cette pensée ; notre opinion est que ces différentes causes localement invoquées ont toutes une importance très considérable, et que, sans leur influence, le mal sans doute n'aurait pas apparu dans la localité atteinte ; mais nous croyons aussi qu'il existe des conditions générales, fort obscures assurément, tenant peut-être à des modifications encore mal déterminées de l'atmosphère, desquelles dépendra une plus grande facilité dans le développement et la généralisation de la fièvre typhoïde

et grâce auxquelles *les germes de l'affection* sont plus ou moins actifs... (1390) »

Une fois sur la pente, la chute était irrésistible : La spontanéité morbide, voilà un fait nettement établi ; la modification générale de l'atmosphère par un miasme autre que celui de l'encombrement, induction rationnelle ; les germes fécondés par cette modification, pure hypothèse.

Heureusement pour lui, son mouvement de conversion n'a pas réussi à M. Léon Colin ; après comme avant, il est resté, il reste et il restera, il faut l'espérer, l'un des partisans les plus autorisés de la spontanéité morbide. A cinq mois de date, M. Fauvel le lui a rappelé d'un ton à peine tempéré par l'aménité accadémique. Là où les faits cités par M. Léon Colin disent oui, lui, M. Fauvel, il dit énergiquement non. Voici ses propres expressions :

« L'encombrement, la misère et tout ce qui s'ensuit, peuvent-ils faire naître la dothiéntérie dans un milieu donné ? Non. (469).

« J'ai dû constater avec regret que ma manière de voir sur la genèse de la fièvre typhoïde était en opposition avec celle émise par notre collègue M. Léon Colin, dans son beau *traité des maladies épidémiques*, où il admet que la dothiéntérie peut prendre naissance spontanément sous l'influence de causes locales. (468).

« Pour nous, la fièvre (typhoïde) est une maladie *sui generis*, née d'un germe spécifique transmissible et qui confère à l'individu qui en a été atteint une immunité plus ou moins longue. » (467) »

Et contre de pareilles hérésies en médecine générale, pas la moindre protestation de pathologistes aussi éminents que MM. G. Séé, Potain, Jaccoud, et surtout que MM. Hardy et Peter ! Il s'agit bien vraiment de médecine générale ; il n'y en a plus, ou plutôt il n'y en a pas encore, puisque tout recommence ; au fait, il n'y en aura plus jamais ; car, médecine générale, pathologie générale, c'est tout un, c'est de la métaphysique pure. Or, on sait comment, dans son beau discours de réception à l'Académie française, M. Pasteur l'a traitée, la métaphysique ; il lui a porté le dernier coup, tout en démontrant, par l'existence des infiniment petits et leur puissance infinie pour le mal, l'existence de l'infiniment grand, l'infinie bonté de l'être suprême. Donc, médecine générale, pathologie générale, c'est lettre morte désormais, ou, tout au plus, matière à curiosité paléontologique.

IV. MICROPATHOGÉNIE.

MICROPATHOGÉNIE, le mot ne se trouve dans aucun dictionnaire, pas même dans Littré ; par conséquent il n'est pas français ; il n'en est que plus moderne ; il est lourd ; il n'en répond que mieux aux nouvelles aspirations ; c'est un néologisme ; le néologisme ne constitue-t-il pas, à lui seul, tout le progrès contemporain ? D'ailleurs le mot rend bien l'idée ; cela suffit ; peu importe dès lors qu'il fasse ou non fortune.

Donc l'existence d'un ou de plusieurs agents typhogènes, formés ou non de microbes, vrais ferments, selon les expressions de M. Vulpian, est admise par la

plupart des hygiénistes et des cliniciens de l'Académie. Par le fait se posent les questions suivantes : Quels sont ces agents ? D'où viennent-ils ? Quels sont leurs voies d'introduction ? Quels sont leurs modes de reproduction, de multiplication, de propagation ? Quel est leur milieu ? Quelle action exercent sur ces agents, isolément ou réunies, toutes les causes d'insalubrité ? Enfin, par quels moyens les atteindre, et, sinon les anéantir, du moins les neutraliser, les rendre inoffensifs ?

La plupart de ces questions ont été à peine effleurées, mais elles n'en ont pas été moins nettement tranchées, à l'Académie.

Quels sont ces agents ? Beaucoup inclinent à croire, avec M. Pasteur, qu'il n'y en a qu'un, un microbe unique, spécifique ; ce sont les avancés, les orthodoxes ; l'orthodoxie exige l'unité dans la foi. D'autres, des néophytes encore bien pâles, admettent qu'il y en a plusieurs ; ce sont les tièdes, les *réserveistes*. Enfin, s'il y en a un qui les nie radicalement, c'est un réactionnaire, un réfractaire, pour un peu un athée ; cela est clair, il ne s'est pas rendu à la démonstration de l'existence de Dieu par les microbes et par la conception physique de la vie.

Jusqu'au prochain recommencement, l'obscurité la plus complète enveloppe ces agents. On ne les a constatés encore, ni dans les humeurs et les tissus, ni dans les déjections des malades, ni dans l'air, ni dans les boissons, ni dans les aliments, ni dans les vêtements. On ne les a trouvés nulle part, parce qu'ils sont partout selon M. Bouchardat. Pour lui ces

ferments moteurs des maladies contagieuses, spécialement de la fièvre typhoïde, existent en permanence à Paris (1336). Avec la grande majorité des médecins, il admet comme un AXIOME que les maladies contagieuses sont transmises d'un malade à un individu sain par un parasite ou par un ferment organisé ou vivant (1425), et, dans son enthousiasme juvénile, il appelle cela de l'hygiène étiologique !

Parasites ou ferments, microbes ou tout autre chose, cela importe peu à M. Fauvel. Si ce sont des microbes, cela lui est indifférent, parce que leur présence ou leur absence ne modifie en rien les faits d'observation (464). Selon lui, pas de fièvre typhoïde sans un germe spécifique transmissible, par conséquent sans un premier typhique qui transmette le germe typhogène. Mais le germe qui a produit le premier cas de fièvre typhoïde n'était pas spécifique, n'émanant pas d'un typhique. Qui donc ou quoi donc l'a produit, ce germe, lui a imprimé son caractère spécifique et l'a rendu apte à produire, à son tour, par des générations successives, cette immense série de cas qui constituent une espèce morbide, la fièvre typhoïde ? S'il est né une première fois dans certaines conditions, pourquoi les mêmes conditions, insalubrité, encombrement, putridité, ne le feraient-elles pas apparaître de nouveau et toujours ? Dès lors qu'est-il besoin d'invoquer un germe spécifique, puisque, dans des milliers et des millions de cas malheureusement, comme dans le premier, on n'en peut trouver la trace ?

Non, mille fois non, réplique M. Fauvel : « l'en-

combrement, la misère et tout ce qui s'ensuit, ne peuvent faire naître la dothiéntérie dans un milieu donné, ne peuvent produire son contagé, son germe, pas plus que le contagé, le germe de la variole. (469). »

A cette affirmation on peut toujours opposer les mêmes objections ; à ces objections M. Fauvel peut toujours opposer la même affirmation. C'est un splendide imbroglio bien digne d'exercer la sagacité des savants modernes.

On n'en peut sortir qu'en admettant la préexistence des germes et peut-être leur emboîtement.... Mais c'est de la métaphysique ? -- Erreur ; non, c'est la question de l'œuf et de la poule. M. Fauvel tient que l'œuf a précédé la poule ; l'Académie adopte cette doctrine ; elle y adhère d'une foi robuste.

Or, il faut que la foi soit justifiée. Pour cela on s'adressera à la paléontologie ; elle a quelquefois du bon. Un nouveau Boucher de Perthes découvrira, cela est certain, dans les terrains préadamiques, une pondeuse artificielle des germes morbides ; la couveuse viendra ensuite ; par le temps de positivisme qui court, on peut bien se contenter de cette espérance pour toute démonstration.

D'où viennent ces agents, germes, ferments, contagés, microbes, etc ? Quelles sont leurs voies d'introduction ? Quels sont leurs modes de reproduction, de multiplication, de propagation ? Quel est leur milieu ?

Sur tous ces points M. Bouchardat n'hésite pas : selon lui, ces agents nous enveloppent de toute part ;

ils pénètrent en nous par toutes les voies ; ils peuvent et doivent se rencontrer dans l'air que nous respirons, dans nos aliments, dans le lait, dans nos eaux potables ;... nos vêtements *peuvent* également recéler et conserver longtemps le *ferment morbide* ou ses *germes*, peut-être plus difficiles à atteindre que lui même (1398). »

Du coup voilà toutes les questions précédentes résolues : Pour la fièvre typhoïde, M. Fauvel n'admet qu'un germe ; M. Bouchardat en admet plusieurs ; il admet en plus un ferment ; ce ferment est même moteur (1396) ; s'il est moteur, c'est qu'il produit les *germes*, à moins cependant que les germes multiples ne produisent qu'un ferment, probablement le germe, le contagion spécifique de M. Fauvel. Les germes et le ferment peuvent et doivent se rencontrer partout ; malheureusement on ne les a encore rencontrés nulle part ; le ferment est si difficile à atteindre qu'on ne l'a pas encore atteint ; pour les germes c'est encore pire ! Ainsi, la lumière est faite ; c'est un éblouissement.

V. PRODUCTION ET PROPAGATION.

Quelle action exercent sur ces agents, isolément ou réunies, toutes les causes d'insalubrité ? Ici la lumière devient tellement intense qu'elle produit la cécité. Les réponses abondent ; sur ce point la discussion a pris de telles proportions que l'appréciation réclame un article spécial.

M. Léon Le Fort croit à de nombreux agents ; il les appelle *germes contagés* ; mais il ne leur recon-

naît d'autre pouvoir que de faire naître la fièvre typhoïde en engendrant la maladie. (757).

Il attribue avec raison aux égouts les mauvaises odeurs dont on se plaint à Paris depuis plusieurs années. Grâce à une disposition donnée par la ville de Paris aux conduites d'eaux pluviales et ménagères, qui lui paraît des plus défectueuses, les miasmes de la fermentation et de la putréfaction dégagés dans les égouts, se répandent dans l'atmosphère parisienne. C'est là, pour lui, une des causes principales, une des causes puissantes de l'épidémie typhoïde (1254-1255).

Quant aux dépotoirs rapprochés de Paris, comme ceux de Bondy et d'Aubervilliers, il les exonère complètement de toute contribution aux odeurs nauséabondes de Paris. Les émanations qu'ils répandent n'affectent pas l'odorat, d'après son expérience personnelle, à plus de quatre cents mètres de distance.

Toutefois, M. Léon Le Fort fait une grande différence entre les dépotoirs et les dépôts de voirie. Ceux-ci exhalent une odeur infecte, pénétrante; mais il n'a pas apprécié à quelle distance elle se répandait.

Cependant il a demandé au Directeur de la voirie municipale de Bondy, où plusieurs centaines d'ouvriers sont constamment occupés, si la fièvre typhoïde était fréquente. Pour la première fois, depuis dix ans, il y avait eu, en 1882, un cas de fièvre typhoïde. Pour ces ouvriers, remarque judicieusement M. Léon le Fort, on pourrait invoquer l'accoutumance. (757 à 759).

M. Lancereaux ne saurait accepter comme cause de l'épidémie de 1882, les émanations des fosses d'aisances et des égouts de la ville. Il serait plus disposé à en rendre responsables les émanations provenant des établissements insalubres situés au Nord-Est; elles auraient répandu les *germes* du fléau sur les XVII^e, XVIII^e, XIX^e et XX^e arrondissements d'abord, puis sur d'autres points. Mais sommes-nous bien certains, demande M. Lancereaux, que les *germes* de la fièvre typhoïde puissent être ainsi transportés à distance par l'air? Non, répond-il. Il cite, il est vrai, trois cas de fièvre typhoïde développés dans une même famille à la suite d'un dépôt de matières fécales dans un potager voisin de l'habitation; et quelles matières! elles provenaient d'une fosse à laquelle on n'avait pas touché depuis vingt ans. Aucun cas ne s'était produit précédemment; aucun autre ne s'est produit depuis, dans les villas voisines. D'où M. Lancereaux conclut que la transmission de la fièvre typhoïde par l'air n'est pas un fait habituel. (1377-1378).

A l'appui de ce qu'il regarde d'abord comme une simple hypothèse, l'infection et la propagation par l'eau, il cite un certain nombre de faits qui semblent transformer l'hypothèse en une réalité. De ces faits il résulte, selon lui, que les eaux *paraissent* jouer un rôle important dans la genèse des épidémies de fièvre typhoïde. Néanmoins, ajoute-t-il, avec une réserve méritoire, « pour être absolument certain de leur action nuisible (l'action des eaux) et arriver à déterminer les conditions étiologiques de la dothiènen-

térie chez nous, il importerait d'être exactement renseigné sur leur distribution (toujours des eaux, bien entendu) (1380) ».

Après les découvertes de M. Pasteur, M. Noël Guéneau de Mussy croit aux *germes infectieux*, que nous sommes conduits à admettre derrière le phénomène morbide des maladies spécifiques. Impossible d'être plus clair !

L'opinion de M. N. Guéneau de Mussy est connue. Il affirme la *spécificité* et la *contagiosité* de la fièvre typhoïde. Il tient que « son origine la plus commune doit être placée, comme celle du choléra, dans les déjections des malades ; et, par combien de voies les émanations et les infiltrations des déjections dothiénentériques ne viennent-elles pas souiller l'air que nous respirons, nos aliments et nos boissons ? Aussi M. N. Guéneau de Mussy incrimine-t-il les égouts, les latrines, les eaux impures de l'Ourcq et de la Seine. (1311-1319).

« Une fois développée, dit M. Jules Rochard, la fièvre typhoïde se transmet par les déjections des malades, par les émanations qu'elles dégagent. Elles ont pour véhicules *l'atmosphère*, les eaux et le reste (1322) ».

Aussi signale-t-il comme offrant les plus grands dangers :

1° les égouts ; 2° les eaux insalubres distribuées dans les maisons, celles de la Seine, de la Marne, notamment celles de l'Ourcq, souillées par les eaux ménagères, les détritiques d'une nombreuse population, par les vidanges elles-mêmes, et aussi par les infiltrations provenant des dépotoirs, des usines insalu-

bres et, horreur ! des cimetières, du Père-Lachaise surtout ; 3° les boues, les amas d'ordures dans les rues de Paris, leur entassement dans les dépôts de voirie de la banlieue et leur putréfaction à l'air libre ; 4° les usines et les dépotoirs qui entourent Paris ; 5° l'encombrement croissant par les non acclimatés.

C'est sur ce dernier point seulement que ne s'élève aucune contestation sérieuse et que, tacitement du moins, l'accord semble complet.

D'après un travail de M. Du Mesnil, cité par M. Jules Rochard, le 1^{er} juillet 1876, il y avait à Paris 9,050 logeurs et 142,671 locataires ; le 2 octobre 1882, 11,535 logeurs et 243.564 locataires ; tandis que le nombre des logeurs augmentait à peine d'un quart, celui des locataires a été triplé — (c'est à peine doublé que M. J. Rochard a voulu dire sans doute).

« Les arrondissements qui ont le plus souffert, ceux dans lesquels la maladie semble s'être cantonnée, sont précisément ceux dans lesquels le nombre des locataires s'est le plus accru par rapport au nombre des logeurs. Ainsi dans le XVIII^e le nombre des locataires s'est élevé en six ans de 8,933 à 20,816, tandis que celui des garnis ne s'est élevé que de 601 à 853. Le XIX^e passe de 9,074 locataires à 17,662, tandis que le nombre des garnis ne s'est accru que dans la proportion de 517 à 752. La statistique donne des résultats semblables pour les XI^e, V^e et IV^e arrondissements. (p. 1325) ».

En ce qui regarde l'espace consacré aux nouveaux locataires, M. Jules Rochard montre à quel point il

est insuffisant : « Les logeurs, dit-il, ont bondé leurs garnis. D'une chambre ils en ont fait deux. Ils ont placé 20 lits dans des chambres qui n'en avaient que 10. Ils ont élevé des apprentis dans des cours trop étroites, et, en fin de compte, réalisé l'encombrement le plus dangereux. (1325). »

« M. Brouardel, dans le travail que j'ai cité, dit à son tour M. Bouchardat, nous apprend que, il y a dix ans, l'immigration à Paris était en moyenne inférieure chaque année à 20000 personnes (18683), tandis que, dans ces dernières années, elle dépasse 50,000. *Il ne faut pas chercher ailleurs la cause de la progression toujours croissante des ravages de la fièvre typhoïde à Paris.* M. Brouardel se fait l'objection suivante : le doublement du chiffre de la mortalité par la fièvre typhoïde, par suite de l'arrivée d'inacclimatés, ne peut s'appliquer à l'accroissement de la mortalité par la diphthérie qui atteint surtout les jeunes enfants, et pourtant la progression obéit à peu près à la même loi (1401). »

Mais M. Bouchardat trouve réponse à cette objection dans trois faits : 1° la douceur des derniers hivers qui a permis de continuer tous les travaux ; 2° comme conséquence, la possibilité, pour les ouvriers, venus du dehors, de rester à Paris avec leurs femmes et leurs nombreux enfants, pendant cette saison, au lieu de rentrer dans leur pays, comme ils le faisaient autrefois ; 3° enfin, par suite de la construction des égouts, de l'édification rapide des groupes scolaires, de l'Hôtel de Ville, de l'Hôtel des Postes, et surtout par suite des grèves, l'invasion d'un

grand nombre d'ouvriers étrangers non acclimatés, Italiens, Belges, Luxembourgeois, Allemands, plus prédisposés à contracter la fièvre typhoïde.

Que l'encombrement des non acclimatés arrivant chaque année en plus grand nombre, fournisse à la fièvre typhoïde son principal aliment et ses plus nombreuses victimes, personne ne le nie. Mais MM. Bourchardat et Fauvel contestent la valeur de toutes les autres causes énumérées par les précédents orateurs.

D^r A. CRETIN.

(A suivre.)

NOUVELLES

Un journal français, *l'Hygiène pratique*, vient d'être interdit en Allemagne.

Cependant, *l'Hygiène pratique*, fondée en 1882 et rédigée par un comité de savants et de vulgarisateurs tels que : MM. le docteur de Pietra Santa, Camille Flammarion, Louis Figuier, W. de Fonvielle, Henri de Parville, Félix Hémet, docteur E. Monin, docteur Ed. Barré, etc., etc., s'applique uniquement à vulgariser la science d'hygiène, sans jamais s'occuper de questions politiques.

Cet acte de rigueur ne peut s'expliquer que par une haine implacable pour tout ce qui est français.

ERRATUM.

Les lecteurs du *Bulletin* ont sans doute déjà corrigé les bizarres indications que la négligence des compositeurs a introduites dans l'article *Glanes*, qui a paru le mois dernier. Les horaires des aggravations médicamenteuses, qui ont été mis en regard de chaque série, sont en langue anglaise et leur traduction se trouve à la fin de l'article.

Le Gérant : D^r A. CLAUDE.

Clermont (Oise). -- Imprimerie Daix frères, place St-André 3.

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX

SÉANCE DU 1^{er} OCTOBRE 1883.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La Société décide que M. le Dr Chapuzot est rayé de la liste de ses membres pour manquement à ses obligations.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la clinique de M. Gabalda.

M. CRETIN : Un travail très étendu que je prépare pour le *Bulletin* de la Société ayant absorbé tout mon temps, j'ai eu le regret de ne pouvoir étudier à fond, comme elle le mérite, la clinique de M. le docteur Gabalda ; mais je tiens à exprimer toute la satisfaction que m'a fait éprouver une première lecture. La rédaction en est très soignée ; les observations sont très détaillées, et le sommaire, qui sert d'introduction, présente même le résumé de quelques cas.

Je me bornerai à quelques considérations sur quelques faits.

Dans une observation d'hystérie résumée à la page 746, le *coffœa* a été prescrit en vain contre l'insomnie. Il est vrai qu'il a été administré à la 6^{me} dilution. Mais

je reconnais que, dans le plus grand nombre des cas où je l'ai administré contre l'insomnie, le *coffæa* m'a fait défaut, soit à la 12^{me}, soit à la 30^{me}, soit à la 5^{me}, soit même à la 1^{re} dilution.

Dans quelques cas cependant où il a eu une action marquée et plus ou moins durable, je l'ai administré à la 3^{me} et surtout à la 1^{re} dilution. Chez une phtisique dont l'insomnie avait résisté aux antispasmodiques, aux stupéfiants, à l'hydrothérapie, depuis plusieurs années, j'ai eu le bonheur de ramener le sommeil dès les premiers jours, avec le *coffæa* 1^{re} dilution au 100°. Il y a de cela quatre ans. J'ai appris que le résultat ne s'est pas démenti. Mais c'est là un fait exceptionnel, très exceptionnel ; et il ne m'empêche pas de considérer l'insomnie comme un des symptômes les plus rebelles à la médication homœopathique, même quand le médicament est scrupuleusement choisi d'après les règles de l'individualisation.

Notre jeune confrère a eu dix-huit cas de fièvre typhoïde à traiter. Dans presque tous il a prescrit, dès le début, le *Baptisia* à la 1^{re} dilution décimale. Dans aucun, je n'ai pu constater une action réelle de ce médicament. Mais elle apparaît très satisfaisante dans les deux observations de fièvre synoque, citées aux pages 743 et 744, et dont l'une est résumée. La grande réputation dont jouit le *Baptisia* dans la fièvre typhoïde, en Angleterre et en Amérique, n'est-elle pas due à ses succès faciles dans la fièvre synoque présentant quelques-uns des symptômes de la fièvre typhoïde, comme la sensibilité à la fosse iliaque droite, l'état de la langue, l'épistaxis, mais n'en offrant pas tous les carac-

tères ? C'est une question qu'il est bien permis de se poser.

Parmi les cas de fièvre typhoïde, il en est un qui m'a particulièrement frappé. C'est celui qui est résumé à la page 748. Le malade entra à l'hôpital au 15^me jour de la maladie, avec du délire, des garde-robes involontaires. Ce sont là, surtout au commencement du deuxième septenaire, des symptômes d'une grande gravité. Eh bien, ils cèdent assez promptement à la *belladone* 3^e et au *muriat. acidum* 3^e, et la convalescence est signalée au dix-septième jour après l'entrée, trente-deuxième de la maladie. C'est là un résultat remarquable. Il me sert de transition pour la deuxième considération que j'ai à vous présenter.

Je ne parlerai pas des lotions froides qui sont à la mode, mais que M. Gabalda a employées avec la plus grande prudence et la plus grande réserve. Tant qu'elle est inoffensive, cette concession aux tendances modernes ne saurait être blâmée. Dans la pratique particulière elle inspire confiance à l'entourage du malade et permet au médecin d'agir plus librement.

S'il n'y a pas eu erreur de dates par faute typographique, les dix-huit cas de fièvre typhoïde ont été soignés par M. Gabalda du 1^{er} septembre au 1^{er} décembre 1881. Dans ce cas, le résultat n'en est que plus satisfaisant, car la fièvre typhoïde a été plus grave en 1881 que pendant l'épidémie de 1882. En effet, dans l'année 1881 on a constaté, dans les hôpitaux de Paris, une proportion de décès de 22 et quelques dixièmes pour cent malades de la fièvre typhoïde; tandis que, pour la même maladie, en 1882, la proportion des décès s'est

réduite à 20 ou 19 0/0. Comme on ne peut attribuer cette diminution relative dans les décès aux progrès de la thérapeutique officielle, on est bien obligé de la rapporter à la bénignité relative de l'épidémie de 1882. Cela a, du reste, été reconnu par tous les orateurs dans la grande discussion sur la fièvre typhoïde à l'Académie de médecine.

Mais, alors même que la clinique de M. le Docteur Gabalda serait celle du trimestre de septembre à novembre 1882, la comparaison entre l'homœopathie et l'allopathie n'en serait pas moins tout à l'avantage de la première. Entre le résultat obtenu par M. Gabalda, un seul décès sur dix-huit malades, et dix-neuf ou vingt décès sur cent, soit six environ sur dix-huit, il y a encore une énorme distance, une différence de quinze pour cent au moins ne pouvant être compensée par la plus désastreuse des séries. M. Gabalda a donc très heureusement continué la tradition de l'hôpital St-Jacques, en y ajoutant un réel succès. En présence de ce succès constant depuis douze ans, on se demande comment des médecins consciencieux peuvent encore demander à la méthode de Brand, avec ses preuves, plus que douteuses et ses désastres plus que certains, un progrès thérapeutique, tandis que celui-ci s'affirme chaque jour et dans des conditions de sécurité à côté d'eux.

Nous devons donc à M. Gabalda, notre jeune confrère, de sincères remerciements, et nous pouvons espérer qu'il continuera à enrichir notre recueil de cliniques aussi étudiées et aussi heureuses.

M. JOUSSET. — Après les éloges accordés par M. le

D^r Cretin au D^r Gabalda je désire présenter quelques critiques, qui ont trait particulièrement à la thérapeutique de la fièvre typhoïde.

La question de la chaleur fébrile est très importante et les moyens par lesquels on a cherché à la combattre sont très nombreux : bains froids ou méthode de Brand, lotions froides qui ne sont qu'un diminutif de cette méthode, acide salicylique et acide phénique dont on a tant abusé et auquel on peut attribuer en partie les insuccès des allopathes. En parcourant la clinique du D^r Gabalda, qui renferme un grand nombre de cas de fièvre typhoïde, je me suis demandé ce qu'on peut conclure de l'emploi fréquent qu'il a fait du sulfate de quinine et des lotions froides. Dans l'observation II^e nous voyons que le sulfate de quinine a abaissé la température d'un degré, encore faut-il remarquer qu'on était au 11^e jour, qui est un jour critique, de plus l'état du malade n'a pas été sensiblement amélioré et la bronchite a été plutôt aggravée. Dans les observations suivantes, le sulfate de quinine amène un abaissement de quelques dixièmes de degré. Dans l'observation XXV, il est noté que le sulfate de quinine n'a amené aucun abaissement de température. Pour les lotions il en est à peu près de même. Je crois donc qu'on peut conclure qu'on ne peut guère compter sur ces moyens pour diminuer la température fébrile.

M. TESSIER. — Je dois dire que je ne m'associe pas aux critiques que le D^r Jousset vient de faire des lotions froides ; pour ma part, j'en ai toujours retiré les meilleurs résultats, même et surtout dans les cas les plus graves. Je citerai entre autres cas, celui d'une ma-

lade atteinte d'une fièvre typhoïde extrêmement grave à qui je fis faire pour ainsi dire *in extremis*, des lotions qui eurent un heureux résultat. Chez un jeune ecclésiastique, atteint de phthisie pulmonaire et qui occupa pendant plusieurs mois une chambre à l'hôpital St-Jacques, j'étais arrivé, au moyen des lotions froides, à abaisser la température qui était excessive. Je pourrais citer beaucoup d'autres cas où j'ai vu réussir ce procédé qui apporte presque toujours aux malades un grand soulagement.

M. PARTENAY. — L'indication précise des lotions froides est l'élévation excessive de la température.

Il est bon pourtant de remarquer que l'abaissement de température produit par les lotions ne dure qu'une heure ou deux, et qu'au bout de ce temps, on voit le thermomètre s'élever de nouveau; lors donc qu'on veut obtenir un effet suffisant, il est nécessaire de répéter les lotions deux ou trois fois dans la journée.

M. GONNARD. — Je constate avec plaisir que pendant l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi l'année dernière et qui a fourni de nombreuses observations à la clinique du Dr Gabalda, la mortalité s'est maintenue au chiffre très faible qu'elle atteint en général à St-Jacques. Je crois que, dans le traitement de cette maladie, aucun de nous n'est partisan du procédé de Brand dans toute sa rigueur. Les lotions froides au contraire, qu'on les fasse simplement à l'eau ou au vinaigre aromatique, sont un utile adjuvant dont tous ont pu apprécier la valeur et qui procure aux malades un soulagement très marqué. Quant au sulfate de quinine, bien qu'il n'agisse pas d'une façon aussi cons-

tante, j'estime que c'est un moyen précieux dans beaucoup de cas et dont tous les médecins homœopathes font usage. Un autre médicament, le *Baptisia*, a été surtout préconisé à l'étranger ; peut-être est-ce pour cette raison que nous sommes portés à le déprécier un peu trop. On l'a présenté, il est vrai, comme un remède capable de juguler la fièvre typhoïde ; or nous n'avons pas, dans notre école du moins, la prétention de juguler la fièvre typhoïde. Pour ma part, je possède deux cas de fièvre typhoïde traités uniquement par le *Baptisia*. Le premier concerne une malade de la ville qui eut une fièvre typhoïde assez bénigne, quoique à rechute ; l'autre malade a été traité par moi à l'hôpital St-Jacques et plusieurs de mes confrères ont pu le voir ; au bout de neuf jours la fièvre était terminée et cependant on avait constaté tous les signes de la maladie, y compris les taches lenticulaires.

Le malade atteint de psoriasis, qui fait le sujet d'une observation, a été guéri assez rapidement, mais il faut bien savoir que le psoriasis est une de ces maladies qui ne guérissent pas complètement et qui ont une grande tendance à se reproduire. J'ai cependant soigné un malade qui présentait du psoriasis sur la langue et dans la paume des mains et chez lequel j'ai obtenu avec *Arsenic* et *Manganum*, une guérison qui paraît durable.

M. CRETIN. — J'ajouterai un mot à propos du sulfate de quinine. La question du traitement de la fièvre typhoïde par ce médicament a été traitée à l'Académie de médecine ; les médecins qui, comme MM. Hérard et G. Sée donnent le sulfate de quinine pour abaisser la

température, ont fait remarquer que, pour obtenir cet effet, il était nécessaire de l'administrer à la dose d'au moins deux grammes par jour.

Quant aux deux cas de fièvre typhoïde rapportés par M. Gonnard et qui se sont terminés, le premier le neuvième jour et le second le quatorzième jour, je pense qu'il est permis d'élever des doutes sur l'existence réelle de la maladie.

La séance est levée.

CLINIQUE MÉDICALE.

DIPHTHÉRIE MALIGNE.

Le 22 mars, je suis appelé chez M. M. pour voir une petite fille de deux ans et demi, malade depuis le matin. Cette enfant, que j'ai soignée à plusieurs reprises pour des accidents de la dentition, est une belle petite fille, forte et bien portante habituellement. Elle a été prise d'un violent accès de fièvre vers midi, elle a eu deux vomissements alimentaires et bilieux et je la trouve très abattue dans son petit lit.

La fièvre est intense, le pouls donne plus de 120 pulsations, la chaleur est vive, l'enfant ne se plaint pas de la gorge, elle avale facilement. Je constate sous la mâchoire gauche un peu d'empâtement légèrement douloureux à la pression, l'examen de la gorge, rendu assez difficile par la résistance de l'enfant,

me permet de constater qu'il n'y a rien d'anormal de ce côté. *Aconit T. M.* et *Bellad. T. M.*

Le 23, deuxième jour, on me raconte que l'enfant a eu la fièvre toute la nuit, qu'elle a beaucoup bu et facilement, qu'elle n'a pas eu de nouveaux vomissements. Le pouls est très fréquent, la peau très chaude, la prostration très grande. L'engorgement ganglionnaire a beaucoup augmenté, il occupe toute la région sous-maxillaire gauche, il est moins accusé du côté droit, mais il existe cependant. La langue fortement abaissée, laisse apercevoir une épaisse couenne diphthéritique recouvrant toute l'amygdale gauche et une partie du pilier correspondant; l'amygdale droite est également atteinte, mais d'une façon moins complète; toute la muqueuse avoisinante est rouge et tuméfiée, les narines sont saines et l'haleine n'est que médiocrement fétide. *Bellad. T. M.* et *Hydr. Cyanur. 2°/100°*.

Le soir, les symptômes se sont aggravés, la fausse membrane s'est étendue, sa couleur est d'un gris sale; l'engorgement ganglionnaire est plus considérable, il remonte le long de la branche ascendante du maxillaire inférieur, jusqu'à l'apophyse mastoïde et s'étend presque jusqu'au menton. Une douleur vive existe dans ces points, la peau prend une teinte rosée très marquée et paraît être œdématiée. *Hydr. Cyanur. 2°/100°* et *Bromum 1°/100°*, d'heure en heure. Je recommande d'alimenter la petite malade autant que possible, je lui fais administrer du grog, du malaga, du bouillon, du lait.

Le 24 mars, troisième jour, j'apprends que la tante de l'enfant est gravement malade d'une angine couenneuse et qu'elle a passé toute la journée du 22, étant souffrante déjà, avec l'enfant, jouant avec elle, la

tenant sur ses genoux, l'embrassant à plusieurs reprises.

La petite malade est dans un état de faiblesse extrême, elle dort constamment, reste immobile dans son lit, sans mouvement ; elle n'a cependant pas de répugnance pour ses potions et l'alimentation.

On lui a donné régulièrement ses médicaments et elle a pris suffisamment de nourriture pendant la nuit. La fièvre est très forte, 128 pulsations, température moins élevée qu'on ne pourrait le supposer, avec un pouls aussi fréquent ; la respiration est calme, pas de gêne, ni de suffocation, la voix n'est pas enrouée, le larynx semble donc intact, les fosses nasales ne présentent ni inflammation, ni coryza, ni fausses membranes. La diphthérie s'est étendue à l'amygdale et au pilier droit, ainsi qu'au voile du palais, je ne puis distinguer s'il existe des productions pseudo-membraneuses sur la paroi postérieure du pharynx. L'engorgement ganglionnaire a beaucoup augmenté des deux côtés ; il est toujours plus considérable à droite, il s'est étalé, descend le long du cou ; le moindre attouchement fait naître une douleur aiguë. La peau est tendue, lisse, d'une rougeur érysipélateuse ; il semble que l'on ait sous les yeux un phlegmon profond de toutes ces parties. *Hydr. Cyanur* 2°/100° et *Bromum* 1°/100°.

Même état aussi grave, le soir. A la faiblesse de l'enfant se joignent une certaine anxiété et une difficulté plus grande de lui faire accepter l'alimentation. La rougeur de l'engorgement ganglionnaire est plus vive et plus étendue ; je ne puis examiner la gorge que l'enfant refuse de me laisser voir. Même prescription.

25 mars, quatrième jour. Le D^r Jousset, qui a bien voulu voir la petite malade avec moi, est frappé du volume de l'engorgement ganglionnaire qui s'est encore accru ; il s'étend jusqu'à la région cervicale, la peau est d'un rouge foncé, couleur lie de vin, comme empâtée aux limites extrêmes de l'engorgement ; nous ne pouvons constater la moindre fluctuation. Les pseudo-membranes ne se sont pas étendues, elles ne semblent ni plus épaisses, ni plus adhérentes ; il y a un léger coryza, aucune hémorrhagie ne s'est produite. L'enfant passe par des alternatives d'agitation anxieuse et de prostration complète, les téguments sont d'une grande pâleur, qui rend encore plus frappante la coloration lie de vin des gonflements ganglionnaires. L'enfant refuse toute alimentation. *Bromum* 1^{re}/100^e et *Lachesis* 2^e/100^e.

Aucune amélioration dans la soirée.

26 mars, cinquième jour.

Le D^r Jousset et moi trouvons la petite malade dans une prostration absolue, complète ; la respiration est accélérée, non sifflante, le pouls petit et d'une fréquence excessive, la peau est froide et couverte de sueur, l'engorgement ganglionnaire est encore plus volumineux, d'un rouge sombre, et nous nous retirons persuadés que la pauvre petite fillette ne tardera pas à succomber. En effet, elle meurt à onze heures.

RÉFLEXIONS. Cette observation est un cas bien attristant de cette terrible maladie : la diphthérie maligne, peu fréquente heureusement.

La malignité de la diphthérie peut se manifester de différentes manières. Dans certains cas, les hémorrhagies multiples sont les premiers symptômes qui

permettent d'affirmer la gravité de la maladie ; dans d'autres, comme celui que je viens de rapporter, l'engorgement ganglionnaire considérable donne au mal un cachet particulier, qu'il n'est pas possible de méconnaître ; enfin, l'extension de la fausse membrane, aux yeux, au nez, à la vulve, au vagin est également l'indice de la malignité.

La diphthérie maligne présente une forme lente ou, au contraire, une marche extrêmement rapide, presque foudroyante, qui tue en deux jours.

Les hémorrhagies dans la diphthérie maligne sont multiples ; on a observé le plus fréquemment des épistaxis, puis des hémorrhagies pulmonaires, intestinales, vésicales. Elles ne sont pas toujours très considérables, mais il n'est pas rare de les voir se renouveler tous les jours pendant plusieurs jours et plusieurs fois par jour.

J'ai vu, il y a peu de temps, une jeune fille de quatorze ans atteinte de diphthérie, qui a eu deux hémoptysies abondantes les deux premiers jours de sa maladie. La famille, alarmée par la gravité de mon pronostic, a réclamé les soins d'un confrère allopathe, et j'ai été heureux d'apprendre la guérison de cette malade, qui présentait des symptômes très alarmants au début de sa maladie.

Le perchlorure de fer *intus* et *extra* a été le seul médicament employé dans ce cas.

On peut affirmer que la gravité d'une diphthérie est en raison directe de l'importance du gonflement ganglionnaire. Dans les cas bénins, le retentissement sur les ganglions lymphatiques est presque nul. On constate uniquement quelques petits ganglions indurés à l'angle de la mâchoire et sous la mâchoire du côté correspondant à l'insertion des fausses membranes.

Si, au contraire, le gonflement ganglionnaire prend des proportions semblables à celles que je viens de décrire, si surtout la peau affecte une coloration rouge plus ou moins foncée, érysipélateuse, on peut affirmer la gravité du pronostic.

La propagation de la diphthérie aux fosses nasales, à la muqueuse palpébrale par les conduits nasaux est également inquiétante.

Moins grave en apparence que le croup, la diphthérie nasale généralisée ne doit laisser que peu d'espérance de guérison.

J'ai rapporté il y a quelques années dans le Bulletin, une observation de diphthérie pharyngée et nasale qui s'est heureusement terminée par la guérison.

Je soigne, en ce moment, un petit malade que je n'ai pas vu au début de sa maladie, mais qui, m'a-t-on dit, a eu mal à la gorge et a été cautérisé. Il présente encore actuellement des pseudo-membranes blanches peu épaisses dans la fosse nasale droite et aussi d'autres moins considérables, à gauche. L'enfant est gai, dort bien, n'a pas de fièvre, un peu d'engorgement ganglionnaire, des amygdales très volumineuses. Je crois qu'il guérira d'ici peu. Son frère vient d'être atteint d'une angine diphthéritique, d'intensité moyenne.

Ces faits prouvent qu'il ne faut pas toujours désespérer dans des circonstances semblables, mais il y a lieu d'être très circonspect dans son pronostic ; la diphthérie est une maladie terrible par les surprises qu'elle réserve et le médecin ne doit pas oublier que le reproche le plus grave qu'on puisse lui adresser, est de n'avoir pas précisé et annoncé le danger, qui se présente parfois d'une façon si rapide et si inopinée.

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LE BAPTISIA
TINCTORIA.

Quoiqu'étudié et expérimenté depuis un certain temps par les homœopathes américains et anglais, le *Baptisia tinct.* n'est entré dans la pratique homœopathique française que depuis peu de temps, et spécialement sur les indications enthousiastes données par le D^r Guérin-Meneville, dans sa traduction *De l'action des Médicaments homœopathiques*, du D^r Richard Hughes.

« Sentiment de faiblesse, tremblements, pouls fréquent, plein et mou, chaleur interne et externe avec soif, céphalalgie avec tendance au délire, langue d'un brun jaunâtre au centre et rouge sur les bords, constipation alternant avec la diarrhée », tels sont les symptômes qui ont frappé le D^r Hughes, par leur ressemblance avec ceux de la première période de la fièvre idiopathique, appelée gastrique en Angleterre et plus scientifiquement typhoïde.

Aussi, d'accord en cela avec le D^r Hale, le D^r Hughes considère-t-il le *Baptisia Tinctor.* comme homœopathique aux phénomènes morbides du premier septenaire de la fièvre typhoïde avant l'apparition des vrais symptômes typhoïdes, et pense-t-il « qu'il n'y a rien d'improbable dans la supposition, qu'étant connu un médicament parfaitement homœopathique à la première période de la fièvre typhoïde, nous ne fussions à même de la guérir en ce moment ». Il ajoute plus loin, que le résultat de son expérience personnelle a été, dans la majorité des cas, de « cou-

per court ces sortes de fièvres dans leur première période, et de délivrer les patients des dangers de la deuxième. » Le témoignage du Dr Hughes est appuyé de ceux des Drs Hamersmith, Bayes, Freeman, Hale et Madden.

On comprend que ce haut patronage et les espérances qu'il nous faisait concevoir, nous aient engagés à expérimenter également le *Baptisia*, dans les circonstances bien déterminées par le Dr Hughes. Déjà, l'action de *Baptisia*, dans la fièvre typhoïde a été, à plusieurs reprises, discutée à la Société, et je dois dire que ce médicament ne paraît pas jouir, parmi nous, d'une aussi brillante réputation que chez nos confrères américains ou anglais.

Je viens aujourd'hui donner le résultat de l'application du *Baptisia*, dans un certain nombre de cas de fièvre typhoïde.

J'ai employé le *Baptisia* à la 3^e dans quelques cas et plus souvent, ainsi que le recommande le Dr Hughes, à la première décimale.

Dans aucune circonstance, je n'ai pu constater le pouvoir du *Baptisia* de « couper court » la fièvre typhoïde, de la juguler, et d'empêcher la marche naturelle de la maladie. Et à cela, je ne trouve rien d'extraordinaire, le contraire m'eût étonné bien davantage. C'est qu'en effet, on ne jugule pas une maladie à évolution bien déterminée, elle est ou elle n'est pas.

J'ai cru un instant, alors qu'étudiant plein d'enthousiasme pour la thérapeutique du professeur Bouillaud qui, lui aussi, avait la prétention de jugu-

ler les pneumonies et les fièvres typhoïdes, que l'on pouvait atteindre cet heureux résultat.

Mais l'erreur du savant académicien n'a pas tardé à devenir évidente pour moi. Malgré les saignées coup sur coup, le souffle succédait aux râles crépitants, le râle de retour au souffle, dans les pneumonies, en même temps que la matité augmentait et diminuait selon le degré de l'hépatisation pulmonaire. De même, pour les fièvres typhoïdes, les périodes se succédaient les unes aux autres, dans l'ordre habituel, d'une façon plus ou moins régulière, présentant chacune leurs symptômes obligés. Je pourrais en dire autant de bien d'autres maladies.

Je pense donc qu'il n'est pas exact de prétendre qu'un médicament qui répond à la première période d'une maladie, soit capable d'arrêter le cours de cette maladie.

Ce médicament correspond uniquement à cette période ; il permet au malade de la franchir plus ou moins heureusement ; mais il ne fera rien de plus et il doit être remplacé par un autre, dès que des symptômes nouveaux se présenteront et qu'ils ne seront pas couverts par la médication précédente.

Le *Baptisia* n'eût-il que ce seul mérite de suffire au traitement du début des fièvres typhoïdes, que ce serait déjà beaucoup, si surtout il avait une heureuse influence sur la marche de la maladie et rendait les autres périodes moins inquiétantes.

Je puis donc ajouter mon témoignage à ceux de mes confrères, qui affirment n'avoir jamais reconnu les propriétés spéciales du *Baptisia* d'arrêter court la

marche de la fièvre typhoïde. J'ai eu dernièrement à soigner deux fièvres typhoïdes bénignes chez des enfants. Bien que la température ait atteint 40.5 pendant plusieurs jours, chez les deux malades, l'ensemble des symptômes étant peu inquiétant et les indications ne présentant rien de précis, j'ai continué le *Baptisia* pendant toute la durée de la maladie, qui est arrivée à la guérison vers le 24^e jour. Je noterai, dans les deux cas, l'absence de diarrhée; pendant toute la durée de la maladie, les garde-robes étaient presque solides, et les deux malades ont eu une constipation opiniâtre pendant le second septenaire presque tout entier. La constipation n'est, du reste, pas chose rare dans la fièvre typhoïde soumise au traitement homœopathique. Je l'ai souvent constatée et j'ajouterai que c'est généralement un symptôme d'un pronostic favorable.

Faut-il attribuer au *Baptisia* la marche régulière et la terminaison favorable des deux cas dont je viens de parler? Peut-être n'a-t-il pas été étranger à ces succès, la bénignité des symptômes se rapprochant assez de ceux qui ont été notés dans la pathogénésie de ce médicament. Mais cette courte expérimentation ne me paraît pas suffisante pour juger la question, les fièvres typhoïdes du genre de celles que j'ai traitées guérissant spontanément, par l'expectation et en soumettant uniquement les malades à un régime hygiénique convenable.

J'ajouterai que le *Baptisia* employé dans la première période de fièvres typhoïdes graves ne m'a pas paru modifier la maladie, et qu'il n'a pas em-

pêché des symptômes ataxiques de se développer.

Pour me résumer, dans mes mains, le *Baptisia* n'a pas jugulé la fièvre typhoïde, n'en a pas diminué la durée, n'a pas empêché les symptômes menaçants de se produire, et ne me paraît avoir qu'une action relative dans les cas bénins, à peu près semblable à celle de l'expectation et de l'hygiène.

Les résultats que j'ai obtenus dans ma pratique, sont donc les mêmes que ceux de mes confrères de la Société, et en désaccord avec les affirmations du Dr Richard Hughes. Quels peuvent être les motifs de ce désaccord ? Je ne puis les trouver que dans une appréciation différente des faits pathologiques.

Il existe, en effet, une espèce morbide, la fièvre synoque, qui offre une certaine analogie avec la fièvre typhoïde au début.

Cette maladie présente des frissons plus ou moins prolongés, un état gastrique très accentué et un mouvement fébrile qui est continu, avec une rémission le matin et un redoublement le soir, de la courbature, des cauchemars, quelquefois du subdelirium, une élévation constante de la température, une céphalalgie intense, une langue humide recouverte d'un enduit blanc jaunâtre, rouge aux bords, de la constipation ou de la diarrhée avec du météorisme. Il est assez souvent malaisé de faire un diagnostic précis dès les premiers jours et de distinguer cette maladie de la fièvre typhoïde ; ce n'est que plus tard, lorsque la stupeur et la prostration s'accroissent, lorsque le malade présente cet aspect typhoïde si caractéristique, lorsque les taches rosées lenticulai-

res apparaissent, que le doute cesse. Or, les symptômes pathogénétiques du *Baptisia*, reproduits plus haut, représentant presque complètement ceux de la fièvre synoque et la distinction de la synoque et de la fièvre typhoïde, justement au moment où le *Baptisia* est particulièrement recommandé, étant souvent difficile, je me demande si ce médicament qui doit être certainement homœopathique à la synoque, n'a pas été surtout employé contre cette maladie. Cette manière de voir est la seule qui permette d'expliquer les succès obtenus dans un cas et les insuccès observés dans l'autre.

Le Dr Hughes revient, d'ailleurs, sur sa première appréciation de l'efficacité du *Baptisia*, dans son *Manuel de thérapeutique homœopathique*. Il admet l'existence d'une fièvre continue qui n'a pas le poison typhique pour cause et qui n'a pas les caractères distinctifs de la fièvre typhoïde. Il reconnaît que la fièvre que *Baptisia* fait avorter n'est pas la fièvre typhoïde et que cette maladie, malgré l'emploi de *Baptisia*, parcourt ses périodes en dépit de ce médicament ou d'autres.

Le Dr R. Hughes recommande cependant le *Baptisia* dans la première période de la fièvre typhoïde, il l'emploie également pendant toute la durée de la maladie et affirme qu'il empêche ainsi l'élévation considérable de la température et obtient un effet calmant très notable sur le cerveau.

PNEUMONIES.

Observation I.

Le 5 mars, je suis appelé auprès de M. P..., jeune homme de 27 ans, fort, robuste, d'une bonne santé habituelle. Il est allé, la veille, en soirée, se portant très bien et est revenu à pied chez lui. Bien que la distance à parcourir fût courte, que le temps ne fût pas très mauvais, redoutant le froid, il marcha très vite et se coucha étant en transpiration. Vers le milieu de la nuit, il est réveillé par un frisson assez violent et prolongé. Une demi-heure après, la sensation de froid est remplacée par une chaleur intense, céphalalgie, sentiment de courbature générale.

A ma visite du matin, je trouve M. P..... la face colorée, ayant 112 pulsations, la peau chaude; il se plaint de courbature, de mal de tête, il n'a pas de point de côté, il ne tousse pas ; je ne trouve rien à la poitrine, ni à la gorge. *Aconit T. M.*, deux gouttes toutes les deux heures.

La journée a été pénible ; vers quatre heures, douleur vague dans la poitrine, du côté gauche, ne rappelant pas le point de côté classique, un peu de toux, quelques crachats rouillés. L'auscultation révèle des râles crépitants fins, qui occupent le tiers inférieur du poumon gauche. Temp. 39° ; pouls 112. *Aconit T. M.* deux gouttes, et *Bryonia T. M.* deux gouttes toutes les deux heures, en alternant.

Le 6, 2° jour. La nuit a été agitée, la toux plus fréquente le matin, crachats presque sanglants adhérents au vase qui les contient, point de côté mieux

défini, peu d'oppression. Temp. 39 ; pouls 112. Mêmes râles crépitants qui ne se sont pas étendus, matité complète dans le tiers inférieur du poumon gauche. Même traitement. Bouillons, lait, eau vineuse.

Le soir, je constate que les râles se sont étendus sous l'aisselle; la matité en ce point est bien nette; pas de souffle, crachats très sanglants, très abondants, toux fréquente, douloureuse par son retentissement dans le côté gauche, surtout dans la région sous-scapulaire. Temp. 40° ; pouls 116. Même traitement.

Le 7, 3^e jour. 39°4 ; pouls 112. Nuit sans sommeil, beaucoup de toux et expectoration très abondante, plus rouillée que sanglante ; le point de côté sous-mammaire n'existe pas, mais la toux réveille toujours une douleur assez vive sous l'épaule. Je ne constate que des râles crépitants, sans retentissement de la voix, je ne trouve pas de souffle.

Bryonia T. M. deux gouttes par cuillerée. *Ipéca* 1/100^e vingt centigrammes pour 240 gr. d'eau, une cuillerée toutes les deux heures, en alternant les positions.

Même état le soir. Pouls 116; temp. 40°. Moins de toux et d'expectoration, souffle et retentissement de la voix, matité absolue dans les points indiqués plus haut, la pneumonie ne s'est pas étendue. Même traitement.

Le 8, 4^e jour. Même état qu'hier soir ; le souffle a remplacé les râles crépitants, la matité est complète, la toux n'est pas très fréquente, moins douloureuse, grasse ; l'expectoration rouillée, mais de bon aspect. Pouls 112 ; temp. 39°. Même prescription.

Pas de changement à ma visite du soir. Pouls 116; temp. 39° 5. Même traitement.

Le 9, 5^e jour. Je trouve le malade plus à son aise; la toux n'a pas été violente; l'expectoration est plus muqueuse, le souffle est plus doux. Pouls 110, temp. 39°. *Bryonia* et *Ipeca. ut supra*. Même état le soir, pouls 110; temp. 39°.

Le 10, 6^e jour. Le malade a dormi cinq heures, il s'est réveillé inondé de sueur; non seulement ses vêtements, mais son drap et son matelas sont tout mouillés.

Un bien-être complet a succédé aux malaises des jours précédents. le pouls est tombé à 88, la température à 37° 5. Je ne trouve plus de souffle dans la poitrine, il est remplacé par des râles humides de retour. l'expectoration est entièrement muqueuse, ne présentant aucune coloration. Même médication, alimentation un peu plus substantielle.

Pouls à 86 le soir. température 37° 5. Mêmes phénomènes stéthoscopiques. Même traitement.

Le 11, 7^e jour. Nuit excellente, six heures de sommeil parfait, pas de toux, pas d'expectoration, pouls à 80, temp. 37°, râles gros, muqueux, peu abondants.

La convalescence marche rapidement, dès ce moment, et le malade reprend ses occupations douze jours après le début de sa pneumonie.

Observation II.

Madame M..., âgée de 40 ans, se porte bien habituellement; je n'ai eu occasion de lui donner des soins qu'au moment de ses couches. Le 10 février, elle

se met au lit avec une fièvre violente, précédée d'un frisson prolongé, et d'un point de côté sous-mammaire qui l'empêche de respirer. Le 9, elle a pris froid en sortant d'un appartement très chaud.

Pouls 112 ; temp. 38°7 ; crachats rouillés caractéristiques ; point de côté, râles crépitants à la base du poumon droit, s'étendant jusqu'à la pointe de l'omoplate. *Aconit.* T. M. gutt. V et *Bryonia* T. M. gutt. V, quatre fois par jour, en les alternant.

Le soir, pouls 120, temp. 39°4 ; les râles se sont étendus, point de côté très violent, toux répétée, crachats rouillés abondants. Même prescription.

Le 11, 2^e jour. Pouls 112, temp. 38°6. Même état de la poitrine et de l'expectoration. *Bryonia* T. M. gutt. V, quatre fois par jour, alternée avec *Ipéca* 1^{re} 1/100^e, vingt centigrammes pour 240 grammes d'eau quatre fois également par jour.

Le soir, pouls 116, temp. 39°4 ; mêmes phénomènes stéthoscopiques, même traitement.

Le 12, 3^e jour. Pouls 112, temp. 38°7, souffle bronchique, broncho phonie, matité dans toute la moitié inférieure du poumon, la douleur de côté est moins vive ; toux fréquente, crachats très rouillés adhérents au vase qui les contient.

Même traitement.

Le soir, pouls 116, temp. 39°2, même prescription.

Le 13, 4^e jour. Pouls 112, temp. 38°8. Le souffle persiste, toux moins fréquente, crachats rouillés moins abondants, la douleur de côté a presque complètement disparu. Même traitement.

Le soir, pouls 112 ; temp. 39°3. Même état, même traitement.

Le 14, 5^e jour. Quelques heures de sommeil, peu de toux, moins de crachats, souffle persistant : il est moins rude ; je crois entendre quelques râles humides à la base ; matité complète. Pouls 112.; temp. 38°5. Même traitement.

Même état le soir.

Le 15, 6^e jour. Nuit calme, sommeil assez prolongé, crachats beaucoup moins rouillés, très peu de toux, le point de côté a disparu depuis hier ; souffle doux, râles humides dans un espace plus étendu. Pouls 108, temp. 38°. Même prescription.

La journée s'est bien passée.

La malade a eu dans la nuit une transpiration des plus abondantes à mouiller son matelas, elle a cependant bien dormi, n'a pas toussé et, à ma visite du 16, 7^e jour, je constate 86 pulsat. et une température de 37°4.

Le souffle est remplacé par des râles humides de retour très abondants ; l'appétit revient, la malade demande à manger et fait un petit repas.

La guérison suit son cours ; cependant je retrouve encore des râles gros muqueux dans le poumon droit pendant trois jours, bien que la convalescence fasse chaque jour des progrès. Le quatorzième jour, la malade reprend ses habitudes, mais ne sort pas encore à cause de la mauvaise saison.

Réflexions.— Je n'ai rapporté ces deux observations de pneumonies simples, qu'en raison de la façon dont elles se sont terminées. Ce sont deux exemples bien

nets de défervescence ou de terminaison brusque. Ce mode de terminaison n'est pas très rare; mais le plus souvent, c'est à la suite d'oscillations diverses, lentement et progressivement que la maladie guérit, dans un temps plus long que lorsqu'elle se termine par défervescence. Dans les deux observations précédentes, la chute du pouls et de la température, en même temps que l'apparition du râle redux se sont produites le 5 et le 7^e jour. Dès ce moment, la convalescence a pour ainsi dire commencé et la résolution s'est rapidement achevée. Dans les deux cas, une même évacuation critique des sueurs profuses se sont manifestées. Une diurèse abondante ou des épistaxis répétées peuvent également coïncider avec la défervescence.

Ces deux pneumonies ont eu une marche très régulière, classique. Comme dans les cas de ce genre, les symptômes se sont succédés et ont disparu dans un ordre parfait.

Le point de côté, ainsi que cela se passe habituellement, a été le premier symptôme modifié et a cessé vers le quatrième jour. Ces deux pneumonies sont de celles que l'on pourrait traiter par l'expectation avec succès et je crois aussi que cette forme de pneumonie doit se terminer le plus souvent par défervescence, ce que l'on observe plus rarement dans les pneumonies d'une autre forme. J'ai beaucoup intrigué un de ces deux malades, en lui annonçant le troisième jour de sa maladie qu'il serait probablement guéri le 5^e jour, soit après une transpiration abon-

dante soit après une évacuation considérable d'urine, et cependant je n'étais pas un grand devin.

La médication indiquée est celle que j'emploie le plus habituellement dans la pneumonie franche et dont je me suis toujours bien trouvé. Elle a été peu variée, et trois médicaments en ont fait tous les frais. Je crois qu'il y a tout avantage à continuer une médication bien choisie pendant un certain temps ; j'en sais quel bénéfice on peut tirer du changement journalier des médicaments, sans que des indications nouvelles l'imposent d'une façon formelle.

Observation III.

J'ai eu à traiter, l'année dernière, une pneumonie qui s'est terminée par une manie aiguë des plus violentes. La malade, âgée de 45 ans environ, jouissait d'une bonne santé habituelle. Elle n'a pas eu de convulsions pendant son enfance et je n'ai relevé aucun cas de folie dans ses antécédents. D'une intelligence bien au-dessus de la moyenne, on peut constater chez elle une nervosité très grande, elle est d'une excessive sensibilité, disposée à exagérer les choses, en bien comme en mal. La pneumonie suivit sa marche régulière jusqu'au 7^e jour, sans présenter de gravité, mais la défervescence ne se produisit pas. Cependant, l'amélioration était assez grande pour me faire espérer que tout serait terminé le 9^e jour, lorsqu'éclatèrent les premiers troubles nerveux. La malade qui n'avait pas dormi pendant toute la durée de sa pneumonie, ne peut recouvrer le sommeil ; elle se plaint d'une violente céphalalgie et présente un peu

d'incohérence dans les idées, elle dit un mot pour un autre, s'agite dans son lit, sans trouver une bonne place. Cet état dure deux jours en s'aggravant et est bientôt remplacé par des symptômes plus sérieux et plus caractéristiques. Mad. X..., en proie à des idées délirantes très variées et à des hallucinations de l'ouïe et de la vue, est dans une agitation extrême; elle est sans cesse en mouvement, quittant son lit pour y remonter, un siège pour un autre; elle marche dans l'appartement, tantôt posément, tantôt avec une vitesse extrême; elle parle sans cesse, crie, injurie, frappe les personnes qui l'entourent et brise tout ce qui est à sa portée. Toute alimentation est refusée et lorsque la malade consent à boire quelques gorgées de lait ou de bouillon, c'est pour les cracher à la figure de la sœur qui la soigne.

La fièvre est intense, la peau couverte de sueur, surtout après les crises les plus violentes. Ces crises sont suivies de rémissions pendant lesquelles la malade est plus calme, mais toujours délirante; elle reconnaît cependant son mari, son fils, sa famille, mais ces éclairs de raison durent peu et sont rapidement remplacés par de nouvelles crises de violence.

La *bellad.*, le *stram.*, l'*op.*, l'*ignat.*, le *mosch.* à doses massives furent sans effet; la maladie dura près de deux mois et ne céda qu'au calme de la campagne et aux soins pleins de dévouement de toute une famille, qui s'était entièrement consacrée à cette pauvre femme.

La fureur fut telle, pendant quinze jours, qu'il fallut employer la camisole de force, puis les crises de

fureur diminuèrent progressivement, firent place à un délire plus calme, qui disparut également; et la malade revint à la santé sans avoir eu conscience de l'état dans lequel elle était restée si longtemps. Les D^{rs} Blanche et Legrand du Saulle furent d'accord pour porter un pronostic favorable, et la guérison fut complète à l'époque qu'ils avaient indiquée. Les faits de ce genre sont assez rares, aussi ai-je jugé utile de le rapporter. Je ne saurais dire sous l'influence de quelles causes cette manie s'est développée; j'ai su, depuis la guérison de ma malade, que dès le début de sa pneumonie, elle avait eu une crainte extrême de la mort et que la pensée de quitter les siens l'avait jetée dans des angoisses inexprimables. La dépression du système nerveux, chez une personne très impressionnable, est-elle suffisante pour expliquer les accidents qui se sont produits? Je ne puis l'affirmer d'une façon certaine; mais elle a dû véritablement jouer un rôle important.

La manie aiguë observée après les affections aiguës est presque toujours curable, dans l'espace de six semaines ou deux mois; celle qui accompagne la grossesse ou l'accouchement dure souvent plus longtemps; mais le pronostic, dans ces cas, doit être moins grave que lorsque la manie se déclare en dehors de ces conditions spéciales.

HÉMORRHAGIES INTESTINALES DANS LE COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

L'hémorrhagie intestinale n'est pas une complication très rare de la fièvre typhoïde. Jaccoud estime

que la fréquence moyenne de cet accident est de 5 à 6 pour 100 cas de fièvre typhoïde, mais il fait remarquer que cette fréquence varie beaucoup dans les diverses épidémies. Trousseau prétend que les hémorrhagies intestinales sont moins rares qu'on ne le croit généralement et qu'elles passent souvent inaperçues ; l'autopsie seule ayant révélé la présence d'une certaine quantité de sang, qui n'avait pas franchi la valvule iléo-cœcale, sans qu'il ait été possible de constater, pendant la vie, les symptômes de cette hémorrhagie interne peu abondante.

L'hémorrhagie intestinale ne se produit presque jamais avant le huitième jour, c'est pendant le deuxième et le troisième septénaires qu'on l'observe le plus fréquemment. La convalescence n'est pas exempte de cet accident, mais le présente plus rarement.

L'hémorrhagie intestinale se traduit brusquement par une ou plusieurs garde-robes contenant du sang en plus ou moins grande quantité. Cependant, avant que l'évacuation se soit produite, il est possible de reconnaître l'hémorrhagie interne, mais seulement lorsqu'elle est assez abondante pour permettre d'en relever les symptômes caractéristiques. Ces symptômes sont : l'abaissement de la température, qui est constant et peut être de deux ou trois degrés en quelques heures ; le refroidissement des extrémités, les mains et les pieds, la face deviennent glacés en même temps qu'ils se décolorent ; la faiblesse du poulx, qui devient filiforme dans quelques cas ; les bourdonnements d'oreilles ; les vertiges ; l'anxiété

extrême et enfin un état de collapsus plus ou moins complet avec ralentissement des mouvements respiratoires.

La quantité de sang évacuée est quelquefois considérable ; j'ai vu des malades remplir un vase de nuit en une seule garde-robe. L'hémorrhagie est unique ou se répète à intervalles plus ou moins rapprochés. Le sang se présente sous deux aspects différents, ou bien il est d'un rouge vif mélangé de caillots, ou bien il est noir et constitue le *melœna*. Dans le premier cas, l'hémorrhagie a toujours été considérable, le sang a rapidement passé dans le gros intestin et a été promptement évacué ; dans le second cas, l'hémorrhagie a pu être moins abondante et le sang n'a été expulsé qu'après avoir séjourné un certain temps dans l'intestin. Habituellement des garde-robes couleur chocolat, ou marc de café succèdent aux évacuations composées de sang rutilant et persistent pendant quelques jours jusqu'à ce que l'intestin soit bien vidé.

Par quel mécanisme s'opèrent les hémorrhagies intestinales dans la fièvre typhoïde ? Ces hémorrhagies sont quelquefois le résultat des ulcérations intestinales et de la destruction des vaisseaux mésentériques compris dans le travail ulcératif ; mais, comme on observe souvent ces hémorrhagies à une période de la fièvre typhoïde, qui ne correspond pas à l'ulcération de la plaque de Peyer, il faut également admettre qu'elles sont produites par une simple exhalation à la surface de la membrane muqueuse. Pour Trousseau, la cause probable de cette exhalation sanguine est une modification profonde du sang,

qui se trouve dans cet état qu'on a appelé état de dissolution. Le sang présente, en effet, dans la fièvre typhoïde et particulièrement dans la forme hémorrhagique, une diffuence bien différente de celle que l'on observe dans le sang des individus atteints de maladie purement inflammatoire, comme la pneumonie ou le rhumatisme. On conçoit, cependant, que l'ulcération de l'intestin favorise la tendance à l'exhalation sanguine, et il est aisé de se rendre compte de la facilité avec laquelle ces hémorrhagies peuvent se produire. Je ne crois pas que la quantité de sang évacuée permette de reconnaître si l'hémorrhagie est le fait de l'ulcération ou de l'exsudation sanguine. L'hémorrhagie par destruction du vaisseau peut être considérable, ainsi que le dit le Dr Jousset et être constituée par du sang rouge, mais par analogie, et en raison de l'importance que prennent certaines hémorrhagies par exhalation pure, dans des cas d'épistaxis ou d'hématémèse, on doit également supposer, que celles qui se produisent de cette façon, dans la fièvre typhoïde, soient également très considérables.

Quel est le pronostic de ces hémorrhagies ? Tous les médecins s'accordent à reconnaître la gravité des hémorrhagies intestinales, mais le pronostic doit être subordonné à la quantité de sang perdu et à l'état du malade, au moment où se produit cette perte de sang.

Lorsque le malade est dans un état d'adynamie profonde, la plus petite perte de sang peut devenir funeste ; lorsqu'au contraire l'hémorrhagie a lieu

avant que l'organisme ait été sensiblement déprimé et chez un individu robuste, l'issue peut être favorable. Mais il ne faut pas oublier que la mort peut être rapide et suivre de près une hémorrhagie très abondante ou répétée. Les chiffres donnés par Jaccoud indiquent bien la gravité de cet accident. Griesenger a eu 10 morts sur 32 cas, Jenner 7 sur 21, Gietl 7 sur 14 et Jaccoud lui-même 6 sur 6, mais tous ses malades étaient profondément adynamiques. Trousseau, à l'exemple de Graves, pensait que l'hémorrhagie intestinale n'ajoutait rien à la gravité de la fièvre typhoïde et, en sept années, il n'a enregistré que trois décès ! Il reconnaît cependant qu'elles peuvent foudroyer les malades, qu'en se répétant elles les épuisent et les font tomber dans une anémie qui entraîne l'extinction des forces vitales ou favorisent l'explosion de troubles nerveux graves.

Les médicaments les plus employés contre l'hémorrhagie intestinale sont *Arsenicum*, *Carbo veget.*, *Ipeca*, *Phosph.*, *Phosph. acid.* recommandés par le Dr Jousset, auxquels il y a lieu d'ajouter : *Lach.*, *Merc. corr.*, *Hamamelis*, *Terebinthina*, et aussi *Millef.* et *Ferrum perchlor.*

Arsenicum ne contient pas la perte de sang dans sa pathogénésie, mais seulement selles brunâtres et noirâtres.

Est-ce bien un symptôme homœopathique à la grande quantité de sang évacué dans l'hémorrhagie intestinale ? — l'arsenic n'est-il pas plutôt un médicament se rapportant à l'ensemble des symptômes, qu'à celui que nous étudions spécialement ?

Dans la pathogénésie de *Carbo veget.* on trouve : *écoulement de sang à chaque selle, la dernière partie de la selle est teinte de sang, écoulement de sang au lieu d'une selle.* En dehors de ces symptômes caractéristiques, on retrouve dans *Carbo veg.* d'une façon suffisamment exacte, ceux de l'adynamie, de la prostration des forces, de la mort prochaine, pour expliquer son utilité dans le cas qui nous occupe.

Hahnemann ne donne pour l'*Ipéca* que ce symptôme se rapportant à l'hémorrhagie intestinale : *matières alvines recouvertes d'un mucus rouge sanguinolent*, et il ne considère même pas que ce médicament soit un remède de la dysenterie ; mais il reconnaît que l'*ipéca* doit diminuer la quantité de sang. Bien que l'on ne découvre dans la pathogénésie de l'*ipéca* que peu de symptômes se rapportant à cette propriété hémostatique, l'expérience a prouvé qu'il est un bon médicament des hémorrhagies en général et de l'hémorrhagie intestinale en particulier.

Phosph. donne dans sa pathogénésie : *diarrhée sanguinolente, flux de sang pendant la selle.* A ces symptômes spéciaux à l'intestin, il faut ajouter les remarques faites par Hahnemann dans les affections chroniques sur les propriétés hémorrhagiques du *phosph.* Tardieu a bien observé également les hémorrhagies fréquentes dans les empoisonnements par le phosphore, et elles semblent en être un trait caractéristique.

. *Phosph. Acid* se rapproche beaucoup de *phosph.* et est employé journellement dans le traitement de la fièvre typhoïde. Il donne la diarrhée, et particulière-

ment les selles involontaires. L'hémorrhagie intestinale de *phosph acid.* est moins complète que celle de *phosph.* C'est cependant ce médicament que le Dr Jousset recommande spécialement et qui lui a donné les meilleurs résultats.

Je l'ai employé dans quelques cas avec succès.

Aux médicaments précédents, j'ai dit que l'on devait ajouter d'autres médicaments, dans la pathogénésie desquels il était possible de retrouver les symptômes de l'hémorrhagie intestinale.

Laches. : Évacuation de matières fétides gluantes comme de la poix, ou sanguinolentes, ou de sang pur.

Merc. corr : mucosités sanguinolentes, sortie de sang hors le temps des selles, selles noires et comme du goudron.

Les propriétés hémostatiques d'*Hamamelis* ont été mises en relief par le Dr Hale dans ses *New Remedies*. Les pathogénésies d'*Hamamelis* contiennent toutes des hémorrhagies multiples, mais c'est surtout l'*usus in morbis* qui a consacré l'emploi de ce médicament, contre les hémorrhagies. Je ne puis qu'affirmer la véracité de cette action et les heureux résultats obtenus. J'ai vu dernièrement, avec le Dr Serrand, un cas d'hémorrhagie intestinale très grave dans une fièvre typhoïde, au seizième jour, chez un enfant de quatorze ans. La perte de sang avait été tellement considérable, que le petit malade, glacé, était dans un état voisin de la mort. Se rappelant les propriétés d'*Hamamelis*, qu'il a étudié d'une façon très remarquable, dans un travail publié au Bulletin, le Dr Serrand administra l'*Hamamelis* et nous fûmes

assez heureux pour en constater les bons effets.

Terebintina a été recommandée par l'école allopathique et par Trousseau en particulier, dans les hémorrhagies intestinales. Le D^r Richard Hughes la mentionne dans son action des médicaments homœopathiques, et le D^r Wood, de Philadelphie, la recommande comme très utile dans ces cas. L'expérience me manque pour contrôler l'exactitude des assertions des D^r Hughes et Wood.

Millefol. est un remède populaire contre les hémorrhagies, son action se rapproche de celle d'*Hamamelis* et d'*Ipéca*. Quoiqu'il ait été généralement employé contre l'hémoptysie et l'hématurie, il est possible qu'il soit également efficace dans l'hémorrhagie intestinale.

L'action de *ferrum* sur la circulation est trop bien connue pour que je revienne sur ce sujet, il produit des hémorrhagies multiples et je trouve les selles sanglantes indiquées dans la matière médicale pure. Toutes les écoles appliquent le *ferrum* et plus spécialement le *fer. perchlor.* dans le traitement des hémorrhagies. Sans vouloir revendiquer au profit de notre école les résultats obtenus par le *fer. perchlor.* et rechercher s'il agit d'après la loi homœopathique, il est juste de ne pas oublier ce médicament, qui peut nous rendre de grands services.

Il convient, pour compléter le traitement des hémorrhagies intestinales, d'indiquer quelques moyens, adjuvants et hygiéniques qui ont une grande utilité. Lorsque l'hémorrhagie a été assez abondante pour amener un refroidissement général, il faudra

réchauffer le malade par des frictions stimulantes avec de l'eau de Cologne ou de l'alcool, le couvrir de lainages chauds et mettre autour de lui des briques chauffées ou des boules d'eau chaude. Si la respiration est suspendue, on devra pratiquer la respiration artificielle, faire respirer des sels anglais, promener des sinapismes aux extrémités, appliquer des ventouses sèches aux cuisses, à la base de la poitrine. La réaction sera facilitée par des boissons chaudes fortement alcoolisées. L'alimentation sera aussi copieuse et aussi tonique que possible, mais l'alcool sera certainement le meilleur aliment. On évitera de remuer les malades, de les changer de lit peu de temps après l'hémorrhagie, le mouvement pouvant produire une syncope ou une nouvelle perte de sang. Pour la même raison on ne cherchera pas à vider l'intestin, le liquide injecté pourrait solliciter une contraction intestinale nuisible. Enfin, une serviette trempée dans l'eau froide ou mieux une vessie pleine de glace sera maintenue sur le ventre, pendant plusieurs jours.

D^r PARTENAY.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE

HYPOTHÈSES ET CONTRADICTIONS ACADÉMIQUES.

CHAPITRE DEUXIÈME

HYGIÈNE ÉTIOLOGIQUE

(Suite)

VI. LA DÉSINFECTION PAR LA PUTRÉFACTION.

On a accusé les matières fécales. On sait avec quel zèle M. N. Guéneau de Mussy a patronné en France la doctrine de Murchison sur l'origine fécale de la fièvre typhoïde : « Murchison, dit M. Léon Colin, a osé écrire : l'existence de la fièvre typhoïde est indépendante de l'agglomération et d'une ventilation défectueuse, et il a prétendu limiter la prophylaxie de la maladie à empêcher les produits de la fermentation fécale d'entrer dans nos maisons et de compromettre notre eau potable. » (1393) ».

D'un mot, M. Léon Colin fait justice de cette dangereuse erreur ; il s'exprime ainsi :

« Nous nous bornerons à rappeler que, sur les soixante-dix rapports consignés dans notre première étude sur la fièvre typhoïde dans l'armée, il en est un seul où l'on ait, à bon droit, incriminé la nature de l'eau consommée par la troupe.

. . . « Les observations consignées dans nos rapports sont de date récente ; elles ont été recueillies depuis que la doctrine de l'origine fécale de la

fièvre typhoïde est au faite de sa popularité, en une période où chacun était instinctivement jaloux d'en affirmer le succès (1392).

« La fièvre typhoïde n'est pas seulement la maladie de la putridité ; si le miasme des latrines et des égouts joue un rôle indéniable dans sa propagation, il est une influence plus directe de l'homme sur l'homme, qui prend également part à sa genèse ; c'est le miasme de l'organisme vivant, qui atteint dans l'encombrement sa plus grande énergie.

« Aussi avons-nous été heureux d'entendre notre éminent collègue, M. N. Guéneau de Mussy, qui a su si bien établir le danger des égouts et des latrines, accepter la pluralité des terrains de culture favorables à la genèse de la fièvre typhoïde (1394) ».

On a vu avec quelle énergie M. Fauvel dénie à l'encombrement, à la putridité, à la misère, le pouvoir de produire le germe contagieux de la fièvre typhoïde, par conséquent la fièvre typhoïde elle-même. Il veut bien reconnaître cependant que, si les causes banales d'insalubrité, comme il les appelle, ne créent pas le germe, elles ont une influence considérable soit sur l'aptitude à le contracter, soit pour en favoriser le développement (469).

Toutefois, en les passant en revue toutes, à l'exception de l'encombrement et de la misère, il arrive à constater que cette influence est, non pas complètement nulle, mais bien des plus salutaires. Ici il faut citer textuellement de nombreux passages.

« M'appuyant, dit M. Fauvel, sur des faits incontestables, je me sépare de l'opinion généralement

adoptée. Ni les égouts, tels qu'ils existent à Paris, ni les fosses d'aisances fixes, ni les dépotoirs, malgré l'infection *nocive* qu'ils occasionnent, ne sont pour rien dans la propagation de la fièvre typhoïde à Paris. Voici mes preuves :

« Et d'abord il importe d'établir une distinction entre les matières fécales fraîches, telles qu'elles sont projetées immédiatement à l'égout ou dans un cours d'eau, et celles qui ont séjourné dans une fosse, ou dans les nombreux dépotoirs qui entourent Paris.

« *Les premières*, selon les idées reçues et que je ne contredis pas, après les preuves qu'en a donné tout récemment encore notre collègue Henry Guéneau de Mussy, *peuvent* receler les germes de la dothiéntérie et la propager en contaminant l'eau servant aux usages domestiques ; seulement, après un temps que je ne saurais déterminer, ces germes exposés au *grand air* y subissent l'action oxydante de l'atmosphère et celle du sol, s'ils y ont été répandus avec les matières qui les renferment.

« *Les secondes*, c'est-à-dire les matières fécales renfermées dans les fosses ou contenues dans les dépotoirs, y subissent une décomposition putride qui a pour effet la production des gaz ammoniacaux et sulfureux et d'autres principes toxiques.

« Le résultat de cette fermentation putride est la *destruction complète de tous les germes de maladies spécifiques* qui pouvaient être contenus primitivement dans les matières fraîches. Par opposition, on peut désigner les matières putréfiées sous le nom de *méphitiques*. (470). »

Quant aux gaz méphitiques, ils ne se dégagent des dépotoirs, d'après M. Fauvel, qu'au moment des manipulations, tandis qu'ils se dégagent constamment des usines à sulfate d'ammoniaque.

« Toutefois, ajoute-t-il, l'insalubrité qui résulte de ces établissements est, j'en suis convaincu, sans action sur la genèse de la fièvre typhoïde ; elle produit sans doute des accidents, mais qui n'ont aucun rapport vraiment spécial avec cette affection. (471). »

Dans les égouts, destruction des germes des maladies spécifiques par la fermentation putride, comme dans les fosses fixes, si bien que M. Fauvel se croit autorisé à dire :

« Eh bien, dans ce milieu déjà fortement méphitisé, mais dont le caractère se révèle à peine à l'odorat dans les parties du système grandement aérées, les ouvriers, en dehors des accidents auxquels ils sont exposés accidentellement, ne paraissent pas en souffrir et, ce qui est parfaitement exact, sont exempts des maladies infectieuses qui règnent parmi la population. Tous les renseignements que j'ai recueillis sont d'accord sur ce point... »

« La destruction des germes spécifiques par l'oxydation atmosphérique d'une part, et, d'un autre côté, par la putréfaction des matières fécales, pourrait sembler n'être qu'un paradoxe si elle n'était appuyée de preuves convaincantes tirées d'autre part.

« Je rappelle en passant *l'épandage* sur le sol opérée dans beaucoup de pays, en Flandre notamment, pour les besoins de l'agriculture, de matières fécales fraîches ou putréfiées, sans qu'il en soit résulté le

moindre inconvénient pour le santé publique. (472-473). »

M. Bouchardat est moins affirmatif. Il se contente de dire : « On a incriminé les habitations et particulièrement les casernes, (qu'il faut peut-être moins accuser, comme nous le verrons, que la spécificité de leurs habitants), les fosses d'aisances, les égouts. Le ferment morbide ou ses germes résistent-ils aux productions des fermentations sulfurées ou ammoniacales ? *Nous ne saurions le dire.* Il serait bon de le savoir avant d'incriminer ces indispensables *accessoires* des habitations et de la salubrité des villes. (1397-1398). »

Ainsi, les établissements insalubres, les dépotoirs, les dépôts de voirie, — leur putréfaction se faisant en plein air, — les fosses fixes, même l'épandage (c'est le mot français) des matières fraîches ou putréfiées, sur le sol, bien loin de produire, de recéler, de multiplier et de répandre dans l'atmosphère le ou les germes de la fièvre typhoïde, les détruisent en entier; cela est certain pour M. Fauvel, encore douteux pour M. Bouchardat.

Sur la question des eaux potables, le premier a été très bref; il a signalé seulement le danger des eaux potables et du lait contaminés par les matières fécales. Le second pense qu'on a accusé instinctivement, mais sans preuve, les eaux potables, comme les établissements insalubres, et il dit :

« Non, je ne me joindrai pas sans preuves à ceux qui accusent les eaux de la Seine qui, du reste, ne

doivent être employées qu'après une complète filtration. (1398) ».

Les rôles sont intervertis : M. Fauvel croyant à la destruction des germes par la fermentation putride devrait, moins que M. Bouchardat, tenant cette destruction pour incertaine, « redouter la contamination des eaux et du lait ». Comme on le verra, cette divergence ne porte aucune atteinte aux règles élémentaires de l'hygiène.

VII. PROPHYLAXIE.

Reste la dernière question : par quels moyens atteindre ces germes, ces ferments morbides, ces contagés, ces ennemis inconnus, invisibles, insaisissables, et, sinon les anéantir, du moins les neutraliser, les rendre inoffensifs ?

Leur destruction par la chaleur est encore à l'étude ; mais par l'aération, le chlore, les agents sulfureux, l'acide phénique, beaucoup d'autres substances, et, enfin, par les produits de la fermentation putride, on obtient, d'après M. Fauvel, la destruction plus sûrement et plus rapidement. Aussi dit-il : « Quand nous voyons les germes du choléra, de la fièvre jaune et de la peste ne pas résister à l'action des agents sulfureux, qu'y a-t-il d'extraordinaire à ce que le *principe* des maladies spécifiques dont nous voulons parler, ne résiste pas à l'oxydation atmosphérique, et, dans les fosses, les dépotoirs et les égouts, à l'action des gaz sulfureux et autres qui résultent de la putréfaction des matières fécales.

« J'avoue que l'analogie avec la fièvre typhoïde me paraît décisive, et qu'à moins d'un parti pris obstiné, il faut se rendre à l'évidence. (474) ».

M. Bouchardat ne se rend pas avec un très grand empressement à l'évidence. Voici comment il formule ses réserves : « Lors de l'invasion du choléra à Paris en 1832, la foi dans l'efficacité des désinfectants, des parasitocides était complète. Jamais, à aucune époque, on a autant employé de camphre et de chlorure de soude. La plupart de ceux qui furent victimes de l'épidémie en usèrent largement.

« Après cette grande expérience, la foi dans les fumigations, les *parasitocides* divers pour atteindre dans les *circumfusa* les *ferments* morbides, diminua singulièrement. J'avoue que j'ai toujours entrevu des difficultés extrêmes pour détruire assez complètement les *germes* des maladies *contagieuses*, pour éloigner le danger ; mais ce n'est pas une raison pour renoncer à des efforts bien dirigés. (1398) ».

Sur le chlorure de zinc, il dit : « Si on peut élever des doutes sur l'action parasiticide de ce sel, il ne peut y en avoir sur sa parfaite efficacité pour enlever les mauvaises odeurs des matières fécales si désagréables dans les salles encombrées. (1399) ».

Quant à l'acide phénique et à l'acide salicylique, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, incertitude non moins grande. « Pour les prescrire avec sûreté et arriver au but qu'on veut atteindre, c'est toujours M. Bouchardat qui parle, il faut connaître les conditions d'existence du ferment de la fièvre typhoïde. Si les acides phénique et salicylique exercent une

action certaine sur les ferments moteurs des fermentations putrides, ils peuvent être sans action sur le ferment typhique, comme ils le sont contre plusieurs ferments anérobies. (1426) •.

Ainsi, quand la grande majorité des médecins avait admis, comme un axiome, que les maladies contagieuses sont transmissibles d'un malade à un autre individu sain par un parasite ou par un ferment organisé ou vivant, on avait conçu de grandes espérances dans l'emploi bien entendu des parasitocides. Ces espérances, voilà à quoi M. Bouchardat les réduit ; elles ne sont plus que des illusions dangereuses ; car on ne connaît ni le germe ou le ferment de la fièvre typhoïde, ni les conditions de son existence.

Mais M. Bouchardat ne se décourage pas : les parasitocides étant incertains, insuffisants, il ne reste qu'à fuir les germes et à prévenir leur évolution.

Pour cela, M. Bouchardat ne voit que trois moyens : la villégiature, l'acclimatement et l'inoculation.

On ignore tout des ferments, des germes, des microbes, de leurs conditions d'existence ; mais il paraît que c'est principalement la nuit qu'ils envahissent l'organisme. Il en est ainsi du moins pour ceux du choléra indien et de la fièvre jaune. S'il en est de même de ceux de la fièvre typhoïde, le mieux, pour échapper à leurs atteintes, est d'aller coucher dans une localité indemne, le plus éloignée possible de leur foyer. Quelquefois, une petite distance suffit, comme de Paris à Bellevue ou à Versailles. (1417).

Pour les deux autres moyens, ce n'est pas aussi simple.

« On s'acclimate au ferment de la fièvre typhoïde, dit M. Bouchardat, de deux façons. Ou l'on a subi une des formes si légères de cette maladie, qu'elle a passé inaperçue, ou par suite d'absorptions successives du ferment morbide, comparables aux inoculations préventives, on a acquis une cuirasse pathologique, et dans les deux cas l'immunité, non pas absolue mais relative, devient la loi. (1403). . . »

« Il faut recueillir, cultiver et modifier le ferment de la fièvre typhoïde. . . »

« Où faut-il aller chercher ce ferment ? je vais vous l'apprendre. . . Le ferment de la fièvre typhoïde doit se trouver dans les taches rosées lenticulaires, puisque le mercure provoque leur avortement comme il provoque l'avortement des pustules de la variole en détruisant la vitalité *de son ferment*. (1423-1424). »

La conviction de M. Bouchardat est telle, sa foi si aveugle, — sans cela elle ne serait pas la foi, — qu'il s'écrie dans un mouvement oratoire vraiment touchant : « Si je n'étais pas acclimaté et si mon âge ne me préservait pas de la fièvre typhoïde, je n'hésiterais pas à expérimenter sur moi-même l'inoculation ; mais je ne voudrais pas la pratiquer sur un autre.

« On pourra suivre une voie plus prudente en essayant d'abord de l'inoculer à des animaux qui *pourraient* en ressentir l'influence ; puis, en le modifiant par les moyens que M. Pasteur, M. Tous-

saint ont mis en usage pour atténuer la puissance du ferment de l'affection charbonneuse.

« Je deviendrai plus ambitieux en avançant dans ces conceptions. Ne pourrait-on pas chercher un véritable vaccin de la fièvre typhoïde en recueillant et cultivant le ferment morbide du typhus contagieux du gros bétail ?... »

« Voilà un programme d'expériences ambitieuses ; mais en jetant un regard en arrière, en considérant les progrès accomplis, on doit beaucoup espérer de l'avenir. (1424) »

De quelle vie la science moderne ne pénètre-t-elle pas tout ce qu'elle anime ! Elle rend aux vieillards, non seulement toute la vigueur de la jeunesse, mais encore, toutes ses illusions. Ne portant pas le poids d'un lourd passé, elle n'a, comme l'enfance, ni souvenirs ni regrets. Ivre d'espérances, elle se précipite, elle court sur la voie du progrès ; aussi, de ses petites enjambées, quel chemin elle a déjà parcouru ! La voici en demeure de prendre un grand parti et d'agir.

Faut-il, avec MM. Jules Rochard, N. Guéneau de Mussy, et, on peut le dire, la majorité, éloigner, sinon supprimer, les usines insalubres, les dépôts de voirie, les dépotoirs ? Non, répondent MM. Léon Lefort, Fauvel, Bouchardat, Méhu et un grand nombre de leurs collègues. Ces établissements, bien loin de contribuer à produire ou à propager les germes de la fièvre typhoïde, les détruisent. D'ailleurs, il y a ici une question qui dépend de l'administration, même de la justice, d'énormes intérêts étant en jeu.

Faut-il, avec MM. Jules Rochard, Léon Lefort, N. Guéneau de Mussy et encore la majorité, supprimer les fosses fixes, les tuyaux d'évent, les conduites d'eaux ménagères et pluviales, ou, par de simples modifications, leur enlever tous leurs inconvénients ? Non, répondent un très grand nombre d'académiciens avec M. Fauvel, puisque, les germes étant détruits dans les fosses fixes et dans les égouts, ni les conduites d'eaux, ni les tuyaux d'évent, ne peuvent réapparaître dans l'atmosphère ces germes qui n'existent plus.

Faut-il avec MM. Jules Rochard, N. Guéneau de Mussy, Léon Lefort et toujours un très grand nombre d'académiciens, interdire la vidange dite *tout à l'égout*, comme une mesure *homicide*, c'est l'expression de M. Léon Lefort (764) ? Non, répondent les mêmes opposants en aussi grand nombre et par les mêmes raisons. Tout ce qu'on peut demander, — sur ce point tout le monde est d'accord, — c'est l'assainissement des égouts et, — ici on ne s'entend plus, — leur appropriation avec une quantité d'eau suffisante même pour le *tout à l'égout*.

On ne sait rien, ni sur l'origine des ferments, germes, microbes, contagés, principes, de la fièvre typhoïde, ni sur leurs réservoirs ou leurs milieux, ni sur leurs véhicules, ni sur leurs modes de multiplication et de transmission, ni sur leurs conditions d'existence ; on ne sait pas même s'ils existent ;.. sur tous ces points, comme sur les moyens de détruire ou de neutraliser ces agents, les opinions sont non seulement différentes, mais encore contradictoires. Comment conclure et à quoi conclure ?

VIII. UN EXPÉDIENT.

L'Académie se tire de ce mauvais pas avec habileté. Le mieux, en effet, est de ne pas conclure. Une commission n'en est pas moins nommée pour proposer des *conclusions* à mettre sous les yeux de M. le Ministre de l'Instruction publique (et des Beaux-Arts), conformément à l'article 2 de l'ordonnance du 20 décembre 1820. C'est une ordonnance bien antérieure à la science moderne ; c'est même une ordonnance royale ; l'Académie s'y réfère sans épithète ; nous sommes en République.

Elue dans la séance du 10 avril 1883, la commission dépose son projet de rédaction dans la séance du 22 mai. Nouvelle discussion sur les considérants et sur les vœux.

M. Fauvel seul compose la minorité. Il combat le projet de la commission sur plusieurs points. Il lui reproche de trancher des questions fortement controversées ou qui sont en dehors de la compétence de l'Académie. Ainsi la commission signale comme causes de la fièvre typhoïde l'encombrement, le mauvais état des égouts, les dépotoirs. « Elle préconise là, dit-il, une opinion qui a été formellement combattue. Quand j'ai exposé mes raisons sur ce point, il ne m'est pas venu à l'idée de soumettre ma manière de voir au jugement de l'Académie ; je me suis contenté de l'énoncer, laissant à *l'opinion publique* le soin de la combattre ou de l'approuver. La commission n'a pas eu la même réserve ; voilà ce que je tenais à constater....

« La question des dépotoirs et des dépôts de voirie est à l'étude.... et recevra probablement une meilleure solution que celle proposée par la commission. »

« Le paragraphe 4, relatif à la réparation des égouts et à leur meilleur fonctionnement, est un vœu banal qui fera sourire les personnes au courant des études faites à ce sujet.

« Sur le paragraphe 5 relatif à une meilleure distribution des eaux, l'administration supérieure s'efforce de donner satisfaction.

« En s'en tenant aux banalités hygiéniques, la commission exposerait l'Académie à ce que le gouvernement manifestât son étonnement de voir recommander à son attention, comme des découvertes, des préceptes qui ont cours dans la science de temps immémorial.

« Pour éviter une telle réponse, la commission a préféré, *et en cela je ne la blâme pas*, se lancer dans des conclusions *hasardées et tranchantes*. (704-703) ».

Il n'y a que deux points sur lesquels M. Fauvel s'associe aux vœux proposés par la commission : la surveillance réclamée sur les logements insalubres, et la nécessité de confier ce qui touche à l'hygiène publique en France à une direction spéciale compétente.

En somme, le projet de la commission s'écartant des usages traditionnels, et ne lui donnant satisfaction, ni pour la forme, ni pour le fond, M. Fauvel propose un contre-projet.

M. Blot, lui, n'est pas membre de la commission ; il adhère, comme M. Fauvel, au vœu relatif à la créa-

tion d'une direction générale, unique, spéciale, compétente, de la santé publique.

Il adhère aussi aux autres conclusions ; mais il se plaît à les critiquer toutes. Il les trouve insuffisantes, vagues, obscures, manquant de vigueur, encombrées d'épithètes et ne contenant pas un seul conseil net, catégorique, que le gouvernement puisse suivre.

Elles ne seront justifiées, selon lui, que si la commission peut préciser les mesures nécessaires pour le nettoyage suffisant des égouts ; déterminer les conditions de la pureté nécessaire à l'eau potable ; définir ce qu'est exactement un logement proprement tenu ; dire ce qu'elle entend par la surveillance incessante de la police sur les logements garnis ; fixer la distance à laquelle les émanations des dépotoirs, des dépôts de voirie, cessent d'être sensibles ; indiquer enfin les mesures indispensables pour que les eaux de sources seules soient réservées aux usages alimentaires.

MM. Bergeron et Gustave Lagneau défendent le projet de la commission dans ses considérants, dans ses conclusions et dans son texte. Mais c'est seulement à l'éloquence convaincue de MM. Marjolin et Jules Rochard que cède la majorité.

Le contre-projet de M. Fauvel n'est pas même discuté. Deux amendements présentés par M. Léon Lefort sont acceptés, en principe, par la commission, puis introduits, avec de légères modifications, dans le projet qui est enfin voté dans la séance du 19 juin 1883.

IX. L'ABDICATION.

Les considérants soumis au Ministre de l'Instruction publique (et des Beaux-Arts), rappellent toutes les causes hypothétiques de la fièvre typhoïde, admises par les uns, contestées par les autres, comme on vient de le voir. Suit le texte des vœux :

« L'Académie pense qu'il est urgent de prendre les mesures nécessaires pour combattre ces causes d'insalubrité. Elle appelle l'attention des pouvoirs publics sur les suivantes, (*mesures*, cela s'entend), qui lui paraissent les plus propres à atteindre le but :

« 1° Accroître et mieux définir les attributions de la commission des logements insalubres, simplifier son action et faire exécuter ses décisions.

« 2° Veiller à ce que la police exerce une surveillance incessante sur les logements garnis, afin de s'assurer qu'ils sont proprement tenus et qu'ils ne renferment pas plus de locataires qu'il ne convient.

« 3° Faire observer les règlements concernant l'éloignement des dépotoirs et des dépôts de voirie, et veiller à la stricte exécution des mesures prescrites pour que leurs émanations ne puissent nuire.

« 4° Réparer les égouts qui sont en mauvais état, et en assurer le nettoyage par l'augmentation et la meilleure répartition des eaux consacrées à leur lavage, tout en réservant la question du meilleur mode de vidange.

« 5° Prendre les mesures nécessaires pour que les eaux de source soient réservées aux usages alimentaires et distribuées dans toutes les maisons, en

consacrant celles de la Seine, de la Marne et de l'Ourcq à la propreté de la voie publique.

« De plus, et comme corollaire de cette discussion, l'Académie croit devoir appuyer de toute son autorité, le vœu depuis longtemps formulé que tout ce qui touche à la santé publique en France soit, à l'exemple d'autres pays, placé sous une direction spéciale et compétente qui assurerait l'exécution de toutes les mesures d'hygiène publique. »

L'Académie a signé son abdication.

X. LA DIRECTION GÉNÉRALE.

Pas le moindre embarras pour le Ministre : de toute manière il se montrera plus soucieux des intérêts de l'Académie que l'Académie elle-même.

De tous ces vœux, pourra-t-il dire, s'il est très autoritaire, il n'en est aucun qui se rapporte à l'enseignement, aucun par conséquent auquel je puisse donner satisfaction. Voyez ailleurs ; adressez-vous à mon collègue de l'Intérieur, au Conseil Municipal, à la Préfecture de la Seine, à la Préfecture de police, aux propriétaires et aux locataires eux-mêmes. Moi, je ne pourrai transmettre à la Chambre des Députés et au Sénat que des projets de loi bien étudiés par les administrations compétentes, celles-ci ayant été préalablement éclairées par vous, par les commissions officielles ou les conseils d'hygiène et de salubrité. C'est ce que je ferai avec autant d'empressement que j'ai de regret à ne pouvoir vous servir aujourd'hui.

Moins cassant, il peut transmettre les vœux de l'Académie à qui de droit. On voit d'ici la filière : Bureaux du Ministère de l'intérieur, des deux Préfectures, du Conseil Municipal, du Conseil général ; allées, venues, commissions nommées ou élues, délibérations sans fin, rapports sur rapports, accord impossible entre les mesures les plus opposées... On aura trouvé la quadrature du cercle et le mouvement perpétuel avant que l'Académie ait reçu la réponse du Ministre de l'Intérieur, transmise par le Ministre de l'Instruction publique, Dieu sait dans quel siècle !

Mais l'Académie est un grand corps ; on lui doit des égards. Le Ministre actuel est libéral, homme du monde, plein de déférence pour la science... moderne ; il examinera les vœux de l'Académie. Peut-être l'a-t-il déjà fait ? Peut-être s'est-il déjà entendu avec son collègue de l'intérieur et a-t-il répondu à l'Académie, sinon en ces termes du moins dans ce sens :

— J'ai suivi très attentivement la longue discussion à la suite de laquelle vos vœux et les considérants, sur lesquels ils reposent, ont été adoptés. Je ne vous dirai pas, comme un de vos collègues, qu'en les appuyant auprès de moi, de toute votre autorité, vous avez fait une démarche présomptueuse ; elle est, au contraire, des plus naturelles et très justifiée, du moins par son objet. Dans mon impuissance à vous donner satisfaction, je me suis adressé à mon collègue de l'Intérieur ; voici ce qu'il m'écrit :

« Quoiqu'en dise M. Fauvel, bien loin d'apporter aux questions, de sa compétence ou non, des solu-

tions tranchantes et hasardées, l'Académie les a laissées toutes à l'état de problèmes. Sur chacune de ces questions elle s'est partagée en deux fractions également importantes. Dieu me garde de dire, comme l'un de ses membres, qu'aucun de ces vœux soit banal et fasse sourire ! je les tiens tous pour d'autant plus sérieux que, depuis plus longtemps, tous les pouvoirs publics, toutes les administrations, la mienne surtout, s'appliquent à les combler.

« Le plus important de ces vœux se rapporte à la création d'une direction générale de la santé publique. Eh bien, je suis fort perplexe entre les avis contradictoires qui m'arrivent des comités et conseils d'hygiène et de salubrité publique, supérieur, départementaux, locaux ; des commissions et sous-commissions spéciales, choisies par moi ou élues par certains corps ; de l'Académie de médecine elle-même, et jusque des Ecoles vétérinaires ou des Sociétés d'agriculture. Les renseignements ne me manquent pas ; ils arriveront à la Direction générale ; celle-ci sera dans la même perplexité que moi.

« D'ailleurs, la direction générale dépendra autant du Ministère des affaires étrangères que du mien, à moins qu'il n'en crée une à son tour. Dans ce cas, il sera difficile que l'accord s'établisse entre elles. Mais là n'est pas encore la plus grande difficulté. Supposons la Direction générale créée : qui sera nommé Directeur ? M. X... ?

« Mais il ne croit ni à la production de la fièvre typhoïde, ni à la fécondation de ses germes par l'encombrement et la putridité, par les émanations des

usines insalubres, des dépotoirs, des dépôts de voirie, des égouts ; même il ne s'opposera pas, avec de légères modifications, au *tout à l'égout*. Avec lui tout restera pour le mieux dans le meilleur des mondes possible.

« Or, ni M. X...., ni moi, moi surtout, ne sommes assurés d'un long avenir. A M. X.... succédera forcément M. Z... Celui-ci professe des opinions diamétralement opposées.

« Il remplacera les conduites d'eaux pluviales et ménagères ; il supprimera les usines insalubres, les dépôts de voirie, les dépotoirs, les fosses fixes, les fosses mobiles, le tout à l'égout. Il établira un nouveau système de vidanges, le seul rationnel, le seul économique, le seul propre, le seul digne d'un peuple civilisé, le système Berlier. Il n'aura besoin, ni d'amener la Loire à Paris, ni d'infecter le département de Seine-et-Oise par un dangereux colmatage ; il enrichira l'agriculture par des engrais à bon marché et en abondance, en les expédiant dans les départements qui en ont le plus besoin, l'Aube, la Marne, la Haute-Marne, etc. C'est le seul moyen de réserver, conformément au cinquième vœu de l'Académie, l'eau pure des sources à la consommation, les eaux impures de la Seine, de la Marne, de l'Ourcq, à l'entretien de la voie publique.

« Enfin, il réclamera énergiquement la crémation volontaire d'abord, puis obligatoire, pour supprimer une des causes les plus redoutables de l'infection atmosphérique, oubliée par l'Académie de médecine, l'encombrement des cimetières.

« Que l'Académie se prononce pour ces grandes mesures hygiéniques, et, fort de son autorité, je me charge de les faire accepter par la Chambre des Députés, par le Sénat, par les Comités électifs et les administrations de la Seine et des départements. Mais que l'Académie se hâte : je n'ai aucun intérêt dans les opérations financières ; j'ai en horreur les spéculations dont les grands travaux imités des Romains sont l'objet ou le prétexte ; peut-être n'en sera-t-il pas de même de mon successeur? »

Que le Ministre ait ou non répondu, ou qu'il ne doive pas répondre, l'Académie n'échappera pas à sa destinée. Les questions qu'elle a si longuement et vainement discutées, réclament une solution immédiate. Soit qu'elle se prononce dans un sens ou dans un autre, soit qu'elle ne se prononce pas du tout, le résultat sera le même. Un certain nombre de ses membres, les uns froissés par sa décision dans le premier cas, les autres irrités de son impuissance dans le second, suivront l'exemple de M. Fauvel (104) ; ils en appelleront de l'Académie à l'opinion publique.

L'Hygiène, et tout à l'heure la Thérapeutique, au suffrage universel ! Celui-ci, surexcité en raison même de son ignorance et de son incompetence, forcera la main au Ministre, au Parlement ; la Direction générale sera créée ; que restera-t-il de l'Académie ?

CHAPITRE TROISIÈME.

CONCLUSIONS LOGIQUES ET EXPÉRIMENTALES.

I. LE DÉGAGEMENT.

Il serait malséant de juger cette partie de la discussion sur son incohérence et sur son résultat en apparence négatif. Sans doute plus d'un orateur, malgré son savoir, peut-être à cause de son savoir, s'est mis en contradiction avec lui-même. Sans doute aux affirmations les plus fermes ont été opposées des réserves légitimes et même des négations radicales. Sans doute enfin, la rupture avec la tradition, moins marquée qu'en Pathologie et en Thérapeutique, une confusion générale dans les termes, et, comme conséquence, un désordre croissant dans les idées, ont fait, sur tous les points, l'obscurité, la nuit impénétrable.

Il serait puéril de s'arrêter aux détails qui provoquent le sourire ou l'hilarité, l'ironie ou la tristesse : naïveté de certaines prétentions et de certains aveux ; vanité, présomption, exagération, infatuation de l'enthousiasme ; rêves de progrès inouïs pris pour des réalités, ou convertis en prophéties pour le lendemain, alors que le présent se débat dans l'impuissance en méprisant le passé ; *contemptor temporis acti* !! La gravité du sujet comme la dignité de la critique commandent de dédaigner ces vétilles. C'est déjà trop qu'elles prêtent au vaudeville et à la caricature.

Il n'est pas possible, cependant, que tant d'hommes

éminents aient traité en commun et longuement une si grande question, sans aucun profit pour la science. Par malheur l'enseignement qu'on peut espérer de leur expérience et de leurs lumières est profondément caché. Comme la vérité, il est au fond d'un puits, et le puits est encombré d'un fatras d'hypothèses et de contradictions.

Le déblayage a demandé beaucoup de temps ; le voici terminé ; les vœux de l'Académie sont transformés, au grand jour, en conclusions nettes, catégoriques, comme les demandait M. Blot, et quelques-unes bien inattendues.

II. LES BOISSONS ET LES ALIMENTS.

M. Fauvel l'a dit : les mesures qu'aurait pu proposer l'Académie au Ministre sont fixées par la science de temps immémorial. Il en est une cependant dont on aurait dû réclamer l'application plus rigoureuse. L'eau et le lait ayant été en contact avec des vases malpropres, à plus forte raison avec des matières fécales ou en putréfaction, peuvent très souvent, comme les aliments malsains, déterminer des maladies, particulièrement la fièvre typhoïde. Dans l'immense majorité des cas, ces causes ne peuvent être invoquées ; d'ailleurs il est toujours possible de les écarter. A cet effet, il est indispensable que l'administration étende aux campagnes, la surveillance qu'elle exerce depuis longtemps dans les villes, sur la qualité des eaux et des aliments. Pour les eaux

potables notamment, et celles destinées aux bestiaux, elle a le devoir d'exiger que les sources et les puits soient à l'abri de toute infiltration provenant des latrines, des purins, des eaux stagnantes, de tout foyer ou réservoir d'infection. Quant aux soins minutieux de propreté pour les ustensiles de ménage, elle n'a d'action que par l'éducation progressive. C'est affaire à l'instituteur d'inspirer le goût de ces soins en montrant le danger, pour la vie humaine, non-seulement de la malpropreté, mais même de la moindre négligence sur ce point.

Donc, première conclusion logique et expérimentale, la contamination des boissons et des aliments, par la malpropreté, par les infiltrations putrides, à plus forte raison par les déjections typhiques, est très rare, et elle peut toujours être évitée.

III. RIEN A L'ÉGOUT.

A la question des eaux se rattache celle du *Tout à l'égout*. L'Académie ne l'a pas tranchée, elle n'a pas même osé l'aborder. Comment pourra-t-elle jamais la résoudre ? Elle est aujourd'hui, sinon sous le joug, du moins sous le charme de l'Ecole normale. Demain résistera-t-elle aux séductions de deux savants ingénieurs de l'Ecole Polytechnique ?

Au point de vue hygiénique, le *tout à l'égout* sera, non pas immédiatement, mais dans un avenir prochain, une mesure homicide selon l'expression de M. Léon Le Fort. Il n'y a pas encore assez de foyers d'infection autour de la capitale, on va en créer un grand nombre d'autres ; d'abord à Achères, puis dans

tout le département de Seine-et-Oise. Le colmatage sera effroyablement rapide, et, une fois la saturation du sol arrivée, les émanations, d'abord inoffensives, deviendront bientôt pestilentielles. Le département de la Seine, comme le département de Seine-et-Oise et tous les départements limitrophes, seront désormais inhabitables. Que deviendra l'eau potable des meilleures sources, à la suite des infiltrations de « cet incommensurable dépotoir ?

On aura beau dériver la Loire, puis le Loiret, le Loing, le Cher, et les amener à Paris ; jamais on ne reunira une masse d'eau suffisante pour pousser chaque jour à Achères et ailleurs, des centaines de milliers de tonnes d'ordures, de matières fécales, de détritus et de boues, par des canaux presque sans pente ; la stagnation sera fatale ; Paris sera converti en une immense fosse commune, fixe, avec ses innombrables évents ouverts à fleur de sol. C'est un moyen de le dépeupler, moins prompt, mais tout aussi sûr que la dynamite.

On n'a pas oublié les terribles accidents produits par la projection de quelques mètres cubes de vidanges dans les égouts, notamment au Boulevard Rochechouart. Le *tout à l'égout* multipliera le danger, le généralisera. Le méphitisme universel pour pendant au suffrage universel, et, de même que celui-ci, établi par un simple décret ; voilà de la démocratie savante ; c'est l'absolu introduit en hygiène. Or, comme en politique, cela est certain, en hygiène, l'absolu aboutira fatalement à la négation, à la contradiction anarchique. Partout l'asphyxie, et quelle

asphyxie ! étendra son niveau égalitaire ; personne n'y échappera.

Le tout à l'égout est une ébauche d'imitation, un plagiat, une contrefaçon, comme toutes les tentatives de la science moderne. On a emprunté le *Macadam* aux Anglais ; on l'a établi juste au moment où les anglais, après une triste et coûteuse expérience, le supprimaient. On a emprunté aux Anglais le grand collecteur, et on a jeté tout son contenu à la Seine, alors que les Anglais, éclairés encore par une expérience désastreuse, supprimaient le grand collecteur de la Tamise. Aujourd'hui ils colmatent à quatre-vingt-dix kilomètres de Londres ; demain, éclairés une troisième fois par une expérience funeste, ils abandonneront le colmatage pour le procédé Berlier ; c'est alors que nous, Français, nous repousserons le procédé français ; nous appliquerons le système réprouvé par les Anglais, et nous colmaterons tous les environs de Paris. (Voir ci-dessous, même chapitre § X).

Non, cela ne se passera pas ainsi. S'il y a une commission assez aveuglée pour approuver ce mode primitif, naguère encore en usage dans le Midi. à Marseille même, mais à prix réduit, — Paris tout entier se soulèvera de dégoût ; il ne se laissera imposer ni cette humiliation, ni cette souillure.

Mieux éclairés et, il faut l'espérer, plus désintéressés que cette commission, nos édiles adopteront un autre procédé ; il est bien connu, il est éprouvé ; il assure le bon entretien de nos égouts tels qu'ils sont, leur irrigation, comme celle de la voie publique, par

les eaux de la Seine, de la Marne et de l'Ourcq ; il permet enfin de réserver nos bonnes eaux de sources exclusivement aux usages alimentaires. Le ministre le répétera à l'Académie : c'est le seul moyen d'obtenir satisfaction à son cinquième vœu.

Rien à l'égout, tel est le corollaire de la première conclusion logique et expérimentale.

Il reste maintenant à apprécier les autres causes de la fièvre typhoïde.

(A suivre.)

D^r CRETIN.

NOUVELLES

Nous empruntons à la *Revue Homœopathique Belge* le texte d'une pétition que l'Association centrale des Homœopathes Belges adressera incessamment aux chambres législatives sur le cumul de la médecine et de la pharmacie.

A Messieurs les Président et Membres de la Chambre des représentants.

MESSIEURS,

Permettez-nous de venir, au nom de l'*Association centrale des homœopathes belges*, soumettre à votre judicieux examen quelques considérations importantes.

L'*Association générale pharmaceutique de Belgique* a cru devoir vous adresser une pétition relative au cumul de la médecine et de la pharmacie.

Si ce cumul nous paraît condamnable en principe comme à tout homme éclairé et impartial, il y a cependant une réserve à faire en ce qui concerne les préparations homœopathiques.

Ceux d'entre nous qui exercent dans les grandes villes y trouvent aisément des pharmaciens capables et ayant donné des preuves suffisantes de leurs études spéciales, auxquels ils peuvent adresser leurs clients.

Mais dans les petites villes et les campagnes, la situation n'est plus la même.

En effet, Messieurs, la préparation et la dispensation des médicaments homœopathiques exigent des connaissances spéciales, des soins intelligents, des précautions minutieuses, et d'ailleurs un grand nombre de nos remèdes sont absolument inconnus de la pharmacie officielle.

Or, notez-le bien, la loi actuelle ne prescrit nullement aux pharmaciens de s'initier à la préparation des médicaments homœopathiques ; il n'est donc pas étonnant que la plupart d'entre eux n'en connaissent rien ; aussi est-il arrivé souvent que des recettes homœopathiques ont été, au grand danger des malades, mal exécutées. C'est pourquoi le sénateur baron Seutin a insisté à plusieurs reprises, en présence du développement de la médecine homœopathique, pour que nos remèdes fussent inscrits dans le Codex, et que les pharmaciens fussent à leur examen interrogés sur la pharmacologie homœopathique.

D'autre part, quand il s'agit de prescriptions allopathiques, le contrôle du médecin est possible : les propriétés physiques et les réactions chimiques des médicaments permettent à l'homme de l'art de s'assurer de la fidélité des préparations.

Rien de semblable en homœopathie : la petitesse de nos doses rend nos remèdes très-peu sensibles aux procédés d'investigation ordinaires de la physique ou de la chimie. Nos méthodes d'analyse, quoique se perfectionnant de jour en jour, sont encore fort délicates et trop complexes pour suffire à une vérification rigoureuse et réellement pratique.

Les garanties de la loi sont donc illusoires ici.

Aussi peut-on dire en thèse générale que les médecins homœopathes doivent se fier absolument au savoir et surtout à la bonne foi des pharmaciens.

Nous professons certes une profonde estime à l'égard de la corporation pharmaceutique. Il ne nous en est pas moins permis de conserver quelques appréhensions sérieuses, quand nous songeons aux préjugés, pour ne pas dire aux haines que les professeurs universitaires s'efforcent de faire partager à tous leurs élèves au sujet de l'homœopathie.

Puisque les remèdes homœopathiques « ne contiennent rien » leur a-t-on dit, pourquoi ne pas remplacer des formules minutieuses et ennuyeuses par de l'eau claire ou de sucre de lait ?

Les préparations allopathiques complexes, fréquemment répétées, administrées par toutes les voies et accompagnées d'agents topiques multiples, sont d'ailleurs pécutinairement plus avantageuses aux pharmaciens que nos formules homœopathiques simples, dépourvues de tout cortège et de tout appareil.

Or, la loi ne doit pas mettre l'homme entre son devoir et son intérêt lorsqu'il est assuré de l'impunité.

Dans nos revendications précédentes, nous avons déjà eu, Messieurs, l'honneur de vous dire ce qu'il faudrait faire pour remédier à cette situation : l'on devrait créer des chaires spéciales d'homœopathie dans les Universités de l'Etat.

Il faudrait tout au moins, en attendant cette mesure sage et réparatrice, inscrire les remèdes homœopathiques

dans la Pharmacopée officielle, pour obliger tous les pharmaciens à se mettre en mesure d'exécuter fidèlement nos prescriptions, puisqu'ils réclament le droit exclusif de les délivrer.

Jusqu'à ce que la législature ait pris à cet égard les mesures opportunes, nous croyons que dans le plat pays et les localités qui y sont assimilées, les médecins homœopathes doivent conserver la faculté de distribuer eux-mêmes les médicaments.

En Allemagne, le gouvernement si méticuleux sous le rapport de l'exercice de la médecine et de la pharmacie, a été tellement frappé des inconvénients de l'ancienne loi qu'il n'a pas hésité, par une dérogation toute spéciale, à leur accorder cette faculté. Il en est de même en Espagne. Dans notre pays même, la question a été portée à deux reprises différentes devant les tribunaux. Une première fois un arrêt de la Cour d'appel, présidée par M. le conseiller *Tielemans*, avait donné raison aux médecins homœopathes. Une seconde fois, les tribunaux jugeant plutôt une question de fait qu'une question de principe, tout en regrettant les lacunes de la loi, n'ont pu donner raison aux médecins qui étaient en cause. L'Association générale pharmaceutique de Belgique vous demande, et c'est justice, de ne pas sacrifier les pharmaciens ruraux aux médecins. L'association centrale des Homœopathes Belges, se plaçant au point de vue général, vous demande de ne pas mettre les *malades* à la merci des pharmaciens.

La loi du 18 mars 1818 à laquelle on vous convie de toucher, constitue un monument plus vénérable par son antiquité que par la majesté de son architecture. Beaucoup de pierres vermoulues seraient à remplacer. Si vous jugez, Messieurs, de commencer l'œuvre de démolition par l'article 11, nous osons espérer que vous tiendrez compte des considérations que nous avons l'honneur de vous soumettre.

Veuillez agréer, Messieurs, l'hommage de notre profond respect.

*Le Président de l'Association
centrale des Homœopathes
Belges,*

Le Secrétaire,
D^r VANAUDENAEREN

D^r SCHREYERS.

Bruxelles, 3 Octobre 1883.

Le Gérant : D^r A. CLAUDE.

Clermont (Oise). -- Imprimerie Daix frères, place St-André 3.

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX

Séance du 15 octobre 1883.

PRÉSIDENTE DE M. LE D^r GONNARD.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion de la clinique du D^r Gabalda.

M. JOUSSET.—Je tiens à revenir sur la question de la température dans les maladies. Dans la dernière séance j'avais posé cette question : est-ce l'élévation extrême de la température qui constitue un danger imminent pour le malade, ou bien est-ce la marche progressive de la maladie qui amène cette élévation de température ? A mon avis on a beaucoup abusé depuis quelque temps de la méthode antithermique. On a prétendu que le traitement de Brandt guérissait toutes les fièvres typhoïdes, mais on s'est bientôt aperçu que ce mode de traitement pourrait occasionner de nombreux et graves accidents.

J'étais arrivé à cette conclusion, que la théorie qui consiste à regarder la température fébrile comme l'accident principal est fausse, et je tiens à le répéter ici, la haute température ne constitue pas un danger absolu et il y a de nombreux exemples de personnes

qui ont pu garder longtemps une température élevée sans paraître en être très incommodées.

Donc, en s'efforçant de combattre surtout la température, on fait fausse route ; c'est au contraire la gravité de la maladie qui amène l'hyperthermie et c'est la maladie elle-même qu'il faut combattre dans ses différents symptômes. Les résultats obtenus par l'école de Paris sont d'ailleurs là pour nous prouver qu'on arrive à des résultats médiocres en cherchant uniquement à abaisser la fièvre, qu'on emploie les bains froids, l'acide salicylique ou l'acide phénique.

M. CRETIN. — M. Partenay n'ayant pu assister à la séance, je tiens à dire quelques mots pour lui. L'idée de M. Partenay était bien la même que celle de M. Jousset, mais il faisait remarquer qu'en dehors de la maladie contre laquelle on institue un traitement, il y a certains symptômes qui, par leur importance, nécessitent un traitement particulier, l'hyperthermie est de ce nombre, et M. Partenay faisait remarquer qu'au moyen des lotions froides on procurait toujours aux malades un grand soulagement.

Quant à ce fait énoncé par M. Jousset, à savoir que la haute température ne constitue pas par elle-même un danger, il est bien établi et les vrais cliniciens de l'Académie ont bien fait ressortir ce point important. Pour ce qui est de la méthode de Brandt, je suis complètement de l'avis du D^r Jousset et je trouve même qu'il n'en a pas encore dit assez de mal.

M. HERMEL. — J'ai suivi autrefois le service de Récamier et j'ai souvent vu employer l'eau froide sous forme de bains, d'affusions ou de frictions. Ces diffé-

rents procédés amenaient une élévation de la température, mais on prescrivait une saignée pendant la période de réaction ; j'ai vu aussi Rayer employer dans la fièvre typhoïde des bains tièdes prolongés ; répétés deux ou trois fois par jour, ces bains amenaient une grande sédation.

M. MOLIN.— En lisant la clinique du Dr Gabalda, une chose m'a surtout frappé, c'est le petit nombre de médicaments employés dans des cas qui pourtant ne sont nullement identiques. J'ai beau chercher, je ne trouve que cinq ou six médicaments qui reviennent sans cesse ; il me semble cependant que dans un pareil choix de fièvres typhoïdes on aurait pu donner certains remèdes qui auraient réussi.

M. Gabalda ne nous indique pas dans ses observations les raisons pour lesquelles il a donné tel ou tel médicament.

Selon moi, ce n'est pas de la vraie thérapeutique homœopathique. Dans un cas où il y avait céphalalgie à la partie postérieure de la tête on a prescrit *Bellad.* Or ce remède ne convenait pas ; dans d'autres cas l'*acide muriatique* a été donné, puis supprimé, sans qu'on puisse voir pourquoi. Je trouve que M. Gabalda a un peu abusé des lotions froides et chez beaucoup de ses malades une médication appropriée aurait pu abaisser la température sans le secours de l'eau ou du sulfate de quinine.

M. LOVE.— Je trouve que les médecins homœopathes ont en général trop de tendance à se préoccuper des moyens employés par les allopathes. Pour ma part, j'ai eu à soigner beaucoup de malades atteints de

fièvre typhoïde et je n'ai jamais employé ni le sulfate de quinine ni les lotions.

M. GABALDA. — Je n'aurai que peu de choses à répondre aux critiques, d'ailleurs si bienveillantes, qui m'ont été faites au sujet de ma clinique. C'est d'abord le *Baptisia* qui doit nous occuper. Cette question du *Baptisia* n'est pas nouvelle et bien des fois déjà elle a été traitée à la Société. Pour quelques médecins, c'est un médicament précieux et qui serait même capable de couper la fièvre typhoïde ; selon d'autres au contraire, le *Baptisia* est dépourvu de toute action et doit être complètement rejeté.

J'avoue que si j'ai donné ce médicament à presque tous les malades atteints de fièvre typhoïde et dès le début de la maladie, c'est que je désirais m'éclairer un peu sur la valeur de ce remède. Dans la plupart des cas je n'en ai pas obtenu de bons résultats et j'ai dû l'abandonner pour d'autres médicaments plus actifs.

Quant au *Coffea* donné contre l'insomnie, je tiens à dire que, le plus souvent, ce médicament m'a réussi, mais qu'en général son action ne m'a pas paru avoir une longue durée.

Une critique plus importante est celle qui a été faite par le D^r Jousset contre les lotions froides et le sulfate de quinine comme moyens d'abaisser la température. Je ne fais aucune difficulté pour reconnaître, avec le D^r Jousset, que c'est en général la gravité de la maladie qui amène l'élévation extrême de la température, mais cette hyperthermie ne devient-elle pas à son tour un danger auquel il faut soustraire au plus vite le malade.

Et d'ailleurs, quand on ne considérerait que le soulagement incontestable qu'on apporte aux malades avec les lotions répétées plusieurs fois par jour, il me semble qu'on doit faire grand cas de ce moyen.

M. Molin s'est plaint du peu de variété de la médication que j'ai employée et du petit nombre de médicaments que j'ai administrés ; ce reproche, je le reconnais, est fondé et j'aurais peut-être pu faire de l'homœopathie plus savante. Si j'ai agi ainsi, cela tient sans doute à mon expérience encore insuffisante et à ma connaissance incomplète de la matière médicale ; qu'il me soit permis cependant de dire pour m'excuser que mon plus grand souci a été la guérison des malades qui m'étaient confiés, que dans les cas aigus, l'hésitation n'est pas permise, et que j'ai choisi les moyens qui me paraissaient les plus prompts et les plus sûrs pour arriver au but.

En terminant, je tiens à remercier ceux de nos confrères qui m'ont accordé des éloges, mais je veux en réclamer une bonne part pour l'interne de l'hôpital qui m'a fourni des observations très complètes et rédigées avec beaucoup de soin.

La séance est levée.

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

DE LA NÉVRITE OPTIQUE DES TUMEURS CÉRÉBRALES.

Nos premières connaissances exactes sur la névrite optique des tumeurs cérébrales datent de 1860, époque où de Græfe fit paraître dans les *Archiv für Ophthalmologie* la très curieuse observation d'un

malade, ayant présenté durant la vie des troubles cérébraux parétiques et épileptiformes, avec coïncidence d'une névrite spéciale caractérisée par un gonflement irrégulier du nerf optique dont la papille faisait saillie au-dessus de la rétine avoisinante. Tout d'abord on avait cru à une encéphalite, mais quelques symptômes de tumeur cérébrale étant venus à s'enter sur les premiers phénomènes observés, de Groefe porta le diagnostic de néoplasme intra-crânien, diagnostic qui fut complètement confirmé à l'autopsie. On trouva, en effet, un vaste sarcome occupant l'hémisphère droit.

La production de ce fait était intéressante à plus d'un titre. Les lésions cérébrale et oculaire ayant évolué conjointement, il y avait lieu de se demander si l'on se trouvait en présence d'une simple coïncidence d'altérations disparates, ou s'il y avait au contraire relation de cause à effet entre ces deux syndrômes.

L'attention des cliniciens étant éveillée sur ce point, les observations ne tardèrent pas à affluer et des constatations nécroscopiques, malheureusement fréquentes en pareil cas, on fut bientôt autorisé à conclure que la névrite observée par de Groefe se trouvait absolument liée à l'existence concomitante d'une tumeur cérébrale.

Nous laisserons de côté la pathogénie intime de la névrite optique des tumeurs, nous bornant à renvoyer pour plus de détails à ce que nous écrivions dernièrement à ce sujet (1).

(1) V. *Bulletin de la Société médicale Homœopathique de France*, tome XXV, n° 4.

Quelle est la valeur séméiologique de la névrite spéciale à laquelle de Græfe a donné le nom de *névrite par étranglement* (*Stauungspapille*) ? Cette question qui, au premier abord semble très simple est, au contraire, des plus complexes et comporte plusieurs termes distincts que l'on peut, je crois, classer ainsi que suit :

1° La névrite optique des tumeurs cérébrales constitue-t-elle une manifestation constante des néoplasmes intra-crâniens.

2° L'examen du fond de l'œil est-il pathognomonique, et peut-il, en cas de névrite typique, faire diagnostiquer d'une manière certaine l'existence d'une tumeur ?

3° Cette névrite peut-elle apparaître alors que rien dans l'état général ne fait encore soupçonner une tumeur cérébrale ?

4° Enfin, les symptômes objectifs et subjectifs de la névrite permettent-ils d'élucider la nature, le siège, le nombre ou le volume des tumeurs cérébrales ?

Avant d'examiner ces divers points de vue, il importe, croyons-nous, de donner un tableau succinct, mais aussi exact que possible de la névrite de Græfe, envisagée d'une façon générale et abstraction faite de toute particularité étiologique.

— *Examen ophtalmoscopique.* — Les régions périphériques du fond de l'œil sont saines, mais la zone péripapillaire est hyperémiee ainsi que la papille dont la surface boursouflée fait irrégulièrement saillie sur le plan de la rétine. Les artères sont grêles et peu apparentes ; les veines, au contraire, sont engorgées,

variqueuses et dénotent une congestion passive dont le dernier terme est la production d'hémorrhagies rétiniennes et papillaires, mélangées d'exsudats atrophiques blanchâtres.

Ainsi qu'il arrive dans la plupart des névrites optiques, les troubles fonctionnels ne sont pas en rapport constant avec les lésions observées et bien qu'en thèse générale on puisse dire que la diminution de la vue est en raison directe des progrès matériels de l'affection, il arrive fréquemment que des altérations papillo-rétiniennes énormes coïncident avec une vision relativement très-bonne. La raison en est simple : le processus n'intéresse tout d'abord que les éléments conjonctifs formant le substratum interstitiel du nerf optique et de la rétine avoisinante. Quant aux fibres nerveuses en elles-mêmes, elles sont primitivement indemnes et leur activité physiologique reste intacte tant qu'une compression cellulaire ne les a pas atteintes secondairement.

Parfois, à ce moment, surviennent des phénomènes lumineux subjectifs, tels que phosphènes, étincelles, raies colorées, tous phénomènes attribuables à l'irritation mécanique des éléments nerveux comprimés.

La perception des couleurs reste naturellement normale tant que l'atrophie papillaire n'est pas devenue totale. A mesure que celle-ci se dessine, on voit graduellement diminuer les symptômes objectifs d'hypérémie veineuse. La rougeur du disque s'atténue; s'efface peu à peu et disparaît pour faire place à une teinte jaunâtre, puis entièrement blan-

che. Les bords de la papille, toutefois, n'ont généralement pas la netteté que l'on observe dans l'atrophie essentielle. Irréguliers et vagues, ils se confondent en certains points avec la zone rétinienne avoisinante, au niveau de laquelle les vaisseaux conservent l'aspect signalé plus haut. Quant aux hémorragies, elles se résorbent le plus souvent ; néanmoins, il n'est pas rare de rencontrer quelques reliquats pigmentaires atrophiques, vestiges indélébiles des troubles vasculaires de la période congestive.

La symptomatologie de cette variété de névrite étant suffisamment connue, nous pouvons maintenant en étudier la valeur.

1° *La névrite optique des tumeurs constitue-t-elle une manifestation constante des néoplasmes intracrâniens ?*

La pathogénie de la névrite des tumeurs étant encore à élucider, il importe, on le comprend, de ne pas se laisser entraîner à des conclusions théoriques. A la question formulée plus haut, on ne peut répondre que par des faits, et la statistique seule peut, en dehors de tout parti pris et de toute opinion préconçue, nous renseigner à cet égard.

Partant de ce principe, nous n'accepterons donc que sous bénéfice d'inventaire les affirmations toutes théoriques des ophtalmologistes qui, comme Otto Becker, Nagel, de Wecker, Sweigger, etc., ont, au dernier congrès d'Heidelberg tenté, mais bien vainement, de jeter quelque jour sur cette question obscure.

A toutes ces probabilités sans consécration scientifique, nous préférons, et de beaucoup, les froides mais concluantes statistiques de Reich, Annuske, Abadie, Jackson, etc. En voici les principales conclusions : Selon Reich (de Saint-Pétersbourg) (1), 45 cas de tumeurs intra-crâniennes ont donné à l'examen ophtalmoscopique, 41 névrites néoplasiques ou atrophies papillaires consécutives bilatérales, et 1 névrite néoplasique unilatérale. Dans les 8 autres cas, il n'existait aucune altération nerveuse appréciable.

2° D'un autre côté, le D^r Annuske (2), dans le XIX^e volume des *Archives für Ophthalmologie*, rapporte 43 observations de néoplasmes intra-crâniens où l'examen ophtalmoscopique a fourni 41 névrites étranglées bilatérales, 1 névrite unilatérale et 1 cas négatif.

Ajoutons à ces statistiques celle du D^r Abadie (3).

« En ce qui me concerne, — dit cet auteur, — j'ai rencontré jusqu'ici, dans les divers hôpitaux, environ 14 cas de névrite typique chez des malades atteints de tumeurs cérébrales ; sauf trois, dont les tumeurs étaient de nature syphilitique et qui n'ont pas succombé, tous les autres sont morts et l'autopsie a confirmé le diagnostic. Je dois dire pourtant que j'en ai examiné quelques autres chez lesquels on soupçonnait la même affection et où l'examen opht-

(1) Klinische Monatsblätter, t. XII, p. 274.

(2) Archiv für Ophthalmologie, t. XIX, 3^e part., p. 165.

(3) Traité des Maladies des yeux, t. II, p. 34.

thalmoscopique fut négatif ; mais je ne sache pas que le diagnostic ait été vérifié à l'autopsie. »

On voit par ce qui précède que la névrite optique des tumeurs est une altération presque constante des néoplasmes intra-crâniens (98 pour cent environ), et que selon le très judicieux conseil de Jackson, il importe en toutes circonstances, et alors même qu'il n'existe aucun trouble appréciable de la vision, de pratiquer systématiquement l'examen du fond de l'œil chez les malades dont l'état général fait soupçonner une tumeur cérébrale.

Cette pratique, nous en sommes certain, élèvera d'une façon sensible la proportion des névrites, irrationnellement calculée par certains auteurs qui se bornent à noter que, la vision n'étant pas atteinte, il n'existe aucune lésion du fond de l'œil. Une telle conclusion est anti-scientifique au premier chef et, de plus, erronée, les éléments nerveux (source intime d'une vision normale), pouvant rester longtemps indemnes au milieu des altérations conjonctives de la gangue interstitielle du nerf optique.

Ajoutons qu'il est, pour les statistiques ci-dessus incriminées, deux causes d'erreur, peu fréquentes il est vrai, mais qui néanmoins doivent entrer en ligne de compte ; la première, c'est que, comme le fait remarquer Hutchinson, il est des cas où l'atrophie consécutive à une névrite typique offre une telle altération des caractères primitifs qu'il est, en l'absence de constatations antécédentes, complètement impossible de la distinguer d'une atrophie simple ou tabétique ; la seconde c'est que dans certaines cir-

constances spéciales, telles que la compression du chiasma par une tumeur, il peut d'emblée survenir une atrophie simple sans névrite préalable.

La question encore à l'étude des localisations cérébrales nous donnera peut-être un jour la clef de ces anomalies exceptionnelles et de ces apparentes contradictions.

2° *L'examen du fond de l'œil est-il pathognomonique, et peut-il, en cas de névrite typique, faire diagnostiquer d'une manière certaine l'existence d'une tumeur ?* Dans l'état actuel de la science, il y aurait assurément témérité à vouloir formuler dès aujourd'hui une réponse absolue. Néanmoins, abstraction faite de réserves à venir, nous n'hésitons pas à déclarer que les nombreux cas observés par nous jusqu'à ce jour nous font, et depuis longtemps déjà, pencher vers l'affirmative. Cette conclusion, je le sais, est loin d'être universellement adoptée et nombre d'auteurs professent une opinion diamétralement opposée ; mais il nous semble que leurs objections n'ont pas toute la valeur qu'ils leur attribuent et que les faits sur lesquels ils s'appuient sont susceptibles d'une toute autre interprétation. Qu'on en juge d'ailleurs.

Jackson, dans 23 cas de papille étranglée, a trouvé à l'autopsie 17 tumeurs, 3 abcès, 2 hémorrhagies et un ramollissement. Fürstner (1), d'autre part, a constaté la Stauungspapille dans plusieurs cas de pachyméningite hémorrhagique. Parinaud enfin a tout der-

(1) *Archiv für Psych.*, 1877.

nièrement trouvé à l'autopsie une simple hydropisie ventriculaire dans un cas de névrite tellement typique que durant la vie, plusieurs ophthalmologistes avaient successivement diagnostiqué une tumeur cérébrale.

A ces faits qui, au premier abord, semblent sans objection, nous pourrions peut-être alléguer que la *Stauungspapille* s'étant plusieurs fois manifestée avec de très petits néoplasmes, ceux-ci auraient, à l'autopsie, pu passer inaperçus ; mais en dehors même de cette cause possible d'erreur, n'est-il pas permis de penser que la tumeur, origine première de la névrite étranglée a disparu par résorption spontanée ou artificielle et que les altérations notées à l'autopsie ne sont autre chose que de simples coïncidences ou tout au plus des épiphénomènes consécutifs à ces néoplasmes intra-crâniens.

Si rare que soit la guérison des tumeurs cérébrales, ce n'en est pas moins un fait dont l'existence ne saurait être mise en doute et, pour ma part, il m'a plusieurs fois été donné d'observer des néoplasmes intra-crâniens de nature spécifique, en outre disparaissant sans laisser d'autre trace que des troubles et lésions oculaires typiques (névrite ou atrophie consécutives), qui, elles, ne rétrocedent pas.

J'en ai récemment eu sous les yeux un exemple bien frappant. En voici la relation :

Observation VIII.— M^{me} Bia. . . ., âgée de 45 ans, d'une constitution robuste et d'une bonne santé habituelle, est prise, en décembre 1880, de somno-

lence invincible, bientôt suivie de vomissements céphaliques, n'ayant aucune relation avec l'alimentation et survenant le matin, au réveil, lorsque la malade cherche à se mettre sur son séant. Cet état dure trois mois environ, au bout desquels survient une paralysie transitoire du moteur oculaire externe de l'œil droit. Diplopie binoculaire immédiate et trouble léger de la vision, qui s'accroît de plus en plus les jours suivants. En même temps, la malade est prise de vertiges avec rotation vers la gauche. Si l'on ne vient à son aide lorsqu'elle essaie de marcher, au bout de quelques pas elle tombe de ce côté.

Ce nouvel état des choses dure deux mois et demi environ. Une amélioration légère s'étant produite, on espérait déjà une guérison prochaine, lorsqu'une après-midi, la malade fut prise subitement de douleurs de tête intolérables qui la forcèrent à s'aliter. Cette céphalalgie, d'abord irrégulière et par crises, finit bientôt par devenir continue, entraînant en peu de jours une véritable démence, avec fièvre, amaigrissement, délire et perversion ou abolition de toutes les facultés sensorielles.

Deux mois et demi se passèrent ainsi ; la malade était arrivée au dernier degré du marasme et les médecins consultants avaient annoncé sa fin prochaine, quand elle fut confiée le 16 juillet 1881 aux soins de notre ami, le Dr Claude. Notre confrère fit d'abord supprimer les 8 grammes d'iodure de potassium, auxquels on soumettait journellement la malade depuis deux mois et prescrivit *glonoïne* 6 toutes les

deux heures. Les maux de tête qui arrachaient des cris incessants à la malade s'apaisèrent rapidement d'une façon notable. Le surlendemain, il alterna ce médicament avec *cocculus* 6 pour combattre le vertige qui persistait. Deux jours plus tard, il administra uniquement *tartarus emeticus* 12 et les vomissements disparurent rapidement pour ne plus revenir.

La santé générale n'inspirait plus d'inquiétudes ; malheureusement la vision avait subi une telle diminution que c'est à peine si la malade parvenait à distinguer le jour et la nuit. Le D^r Claude essaya alors de nouveau l'iodure de potassium à la dose de 2 gr. répartis en 3 prises quotidiennes pendant cinq jours ; mais la céphalalgie et le vertige ayant reparu, notre confrère se hâta de revenir à ses premiers médicaments. *Kali iodatum* fut alors essayé aux 6^e, 12^e, 24^e et 30^e dilutions. L'état de la malade s'améliora immédiatement. Un nouvel essai des doses massives n'ayant pas été plus heureux que le premier, elles furent définitivement remplacées par les doses homœopathiques qui amenèrent progressivement un tel amendement des symptômes que bientôt la malade put circuler et apercevoir les objets fortement éclairés.

J'étais alors chef de clinique du D^r Abadie. Le D^r Claude nous l'adressa et j'avoue que la cure nous parut à tous étonnante. A l'ophtalmoscope nous constatâmes une double atrophie papillaire consécutive à une névrite des tumeurs. De quelle nature était le néoplasme qui avait occasionné ces lésions oculaires ? La malade ayant guéri, nous songeâmes naturellement à une gomme cérébrale ; mais après de

minutieuses investigations, nous fûmes, comme le Dr Claude, obligés de convenir qu'il n'existait pas le moindre antécédent spécifique qui pût faire admettre cette supposition. Le cancer, et les autres tumeurs dites malignes étant écartées, il ne restait plus que le tubercule. Ce fut, en désespoir de cause, l'opinion à laquelle je m'arrêtai.

Quoi qu'il en soit, l'atrophie papillaire était arrivée à un tel degré que le Dr Abadie jugea le cas désespéré. — Quelques mois se passèrent durant lesquels j'avais entièrement perdu de vue cette malade, lorsque vers la fin de mai 1882, je la vis arriver à ma clinique de la rue Coquillière, me priant de tenter une cure que d'avance je regardais comme impossible. L'œil gauche, en effet, avait perdu toute trace de vision même quantitative, et c'est à peine si de l'œil droit elle distinguait encore une vague lueur. Je finis néanmoins par céder à ses sollicitations. Le traitement externe consista en séances d'électrisation au moyen des courants continus (Pile de Gaiffe) et en injections hypodermiques de sulfate de strychnine à dose très atténuée. Quant à la médication interne concomitante, dont le Dr Claude voulut bien se charger, elle se borna presque uniquement à *kali hydriodicum* donné comme précédemment à des doses excessivement faibles.

Voici quels furent les résultats de cette double pratique :

Mai 1882. — La malade voit à peine, de l'œil droit, passer la main à 1^m.

Le 10 juillet, compte les doigts à 0^m10 centimètres.

Le 2 septembre, compte les doigts à 0^m25 centimètres.

Le 25 septembre, compte les doigts à 1^m20.

Le 29 septembre, compte les doigts à 2^m20.

Le 5 octobre, compte les doigts à 2^m40.

Le 13 octobre, compte les doigts à 2^m80.

L'amélioration étant restée stationnaire, nous interrompons le traitement au bout de deux mois.

Octobre 1883. — La vision est restée ce qu'elle était en octobre 1882.

Cette observation prouvant, selon nous, d'une façon irréfutable que des néoplasmes intra-crâniens, même non syphilitiques, sont susceptibles de guérison absolue, nous croyons que si l'existence d'une tumeur cérébrale n'est pas fatalement suivie d'une papille étranglée, celle-ci, en revanche, permet, par le seul fait de sa constatation ophtalmoscopique, de conclure à l'existence, soit concomitante, soit antérieure, d'une tumeur cérébrale. Dans ses leçons cliniques, le Dr Abadie se prononce également, et d'une manière très catégorique, pour l'affirmative (1) :

« Le gonflement de la papille est tout à fait caractéristique ; il appartient exclusivement aux névrites optiques des tumeurs cérébrales, et toutes les fois que vous le rencontrerez, vous pourrez, en toute assurance, affirmer votre diagnostic. »

3° *La névrite des tumeurs peut-elle apparaître alors que rien dans l'état général ne fait encore soupçonner un néoplasme intra-crânien ?*

(1) *Leçons de clinique ophtalmologique*, p. 76.

Voici une observation qui semble militer en faveur de l'affirmative :

Observation II. M^{me} U...., sujet belge, âgée de 43 ans, se présente à ma clinique le 5 décembre 1882, se plaignant de sa vue qui, depuis quinze jours, a diminué d'une façon très sensible. Sa démarche, en effet, est hésitante, et c'est à peine si elle semble y voir assez pour se conduire. Rien d'anormal extérieurement. A l'ophtalmoscope, je constate une double névrite des tumeurs absolument typique : papilles rouges, étranglées, boursoufflées, à contours irréguliers, artères grêles, veines tortueuses et dilatées, rompues en certains points ; cinq ou six hémorrhagies punctiformes sur l'œil gauche ; sur l'œil droit une seule hémorrhagie, mais de dimensions beaucoup plus considérables.

Le diagnostic étant hors de doute, j'interrogeai la malade sur ses antécédents et ne fus pas peu surpris d'apprendre que la vision seule avait été atteinte et que la santé générale était absolument parfaite. Mariée depuis huit ans déjà, elle s'était toujours bien portée et la seule maladie dont elle se souvint était une leucorrhée peu intense qui avait promptement cédé à des injections de feuilles de noyer. Le mari, que j'interrogeai ensuite, me confirma ces renseignements, ajoutant que dans sa famille on n'avait jamais constaté ni cancer, ni tuberculose. Quatre ans auparavant, il avait eu la syphilis ; mais cette affection, ajoutait-il, avait évolué durant un voyage qu'il avait entrepris à l'étranger et était entièrement guérie au moment où il revint à Bruxelles.

Pensant alors, malgré ces affirmations, à une contagion possible, j'examinai de nouveau la femme, mais sans plus de succès. A la suite de ses dernières couches, deux ans auparavant, elle avait bien, il est vrai, perdu un peu ses cheveux ; mais à aucun moment elle n'avait eu de maux de gorge, ni présenté d'éruptions sur le corps.

Désespérant d'obtenir pour le moment des indications plus précises, je me bornai à prescrire *kali iodatum* (subst.) 2 grammes dans 200 grammes d'eau, et *belladonna* 6°, en recommandant à la malade de revenir me voir au bout de quelques jours. Deux semaines se passèrent sans nouvelles, puis un beau jour, je vis revenir le mari seul. Il m'apprit alors que le surlendemain de sa visite, sa femme avait été prise de céphalalgie opiniâtre et très intense, avec bourdonnement d'oreille et agitation, bientôt suivie de vomissements et de convulsions. Un médecin appelé aussitôt avait diagnostiqué une *épilepsie* (1) : sur son conseil, la femme s'était décidée à retourner en Belgique.

Malgré le diagnostic porté par notre confrère, il est hors de doute pour nous que cette femme avait contracté la syphilis avec son mari. Les accidents primitifs et secondaires, ainsi qu'il arrive souvent chez les femmes, avaient passé à peu près inaperçus, ne se traduisant au dehors que par un écoulement vaginal muco-purulent et une alopécie, mise sur le compte des couches. Puis était survenue la névrite étranglée, manifestation initiale et en quelque sorte prémonitoire d'une gomme in-tracrânienne, dont l'exis-

tence ne put être cliniquement démontrée que quelques jours plus tard.

J'ai tenu à citer cette observation, parce qu'elle me semble absolument concluante ; néanmoins, il est juste d'ajouter que ces cas sont très rares et que les accidents *oculaires* marchent le plus souvent de pair avec les premiers symptômes *cérébraux* des tumeurs intra-crâniennes. Le Dr Annuske (1), en effet, est, à la suite de ses recherches, arrivé à cette conclusion que l'apparition de la névrite des tumeurs est très précoce, ce qui contribue encore à augmenter sa valeur clinique dans le diagnostic souvent difficile de cette affection.

Le Dr Angell est moins explicite et se borne à dire que « lorsque la névrite optique vient du cerveau, elle est *ordinairement* précédée de symptômes *cérébraux* tels que céphalalgie, vomissements, affaiblissement de la mémoire, perte de l'audition, attaques convulsives ou paralytiques » (2).

4° Les *symptômes objectifs et subjectifs de la névrite permettent-ils d'élucider la nature, le siège, le nombre, le volume ou la marche des tumeurs cérébrales ?*

Lorsque parut l'article de Graefe sur la névrite des tumeurs, les ophthalmologistes se bercèrent de l'espoir d'obtenir, par l'examen du fond de l'œil, des renseignements précis et complets sur les néoplasmes intra-crâniens, dont ces névrites étaient la manifestation concluante ; malheureusement l'expérience

(1) *Archiv für ophthalmologie*, t. XIX, 3^e partie.

(2) *Treatise of diseases of the eye*, 1878, p. 196.

est venue démontrer l'inanité de la plupart des hypothèses échafaudées, et quoique Clifford Allbutt ait prétendu qu'une névrite étranglée était le plus souvent l'indice d'une tumeur siégeant dans les lobes antérieurs, nous croyons avec de Wecker, Abadie, etc., que *jusqu'ici* l'examen du fond de l'œil, si pathognomonique des tumeurs présentes ou passées est, (à lui seul bien entendu), absolument impuissant à nous renseigner sur la nature, le siège, le volume ou le nombre des néoplasmes intra-crâniens.

Cette conclusion, toutefois, est-elle absolue, et n'est-il pas permis d'espérer davantage ? Nous ne le pensons pas. Mais de même que les symptômes antécédents ou concomitants nous permettent de diagnostiquer d'une façon à peu près certaine *la nature* du néoplasme, nous croyons, avec Jackson, que les recherches doivent porter non seulement sur l'examen ophtalmoscopique et les troubles de la vision, mais encore sur les symptômes et lésions que présente le malade, en dehors de son affection oculaire. Il n'est pas, en effet, irrationnel de supposer qu'à une lésion *déterminée* (surtout dans un organe aussi délicat et aussi sensible que le cerveau) corresponde un *ensemble déterminé de troubles tant locaux que généraux*. C'est de ces seules distinctions réciproques, toutes d'expérience clinique, que nous pouvons espérer faire un jour sortir la lumière. — Jackson l'avait compris, lorsqu'il disait (1) : « L'association de ces deux symptômes, névrite optique et convulsions

(1) *Ophthalmic Hospital reports*, t. V, p. 99.

commençant d'un seul côté, mérite de fixer l'attention des médecins qui s'occupent des maladies nerveuses et des ophthalmologistes. Ils doivent mettre en commun leurs connaissances et faire des efforts réciproques pour arriver à déterminer le siège de la lésion encéphalique qui donne naissance à ces névrites. Les uns ne doivent point se contenter de dire que le malade est amaurotique, sans mentionner les altérations intra-oculaires ; les autres ne doivent pas se tenir pour satisfaits, quand ils ont déclaré que la névrite optique est associée à des convulsions épileptiformes. Il faut qu'ils précisent avec soin le siège, le mode d'apparition, la manière d'être de ces convulsions ; c'est ainsi que, d'après mes observations, la névrite optique existant simultanément avec des convulsions commençant dans une main, est symptomatique d'une tumeur siégeant dans la région de l'artère cérébrale moyenne, c'est-à-dire dans les circonvolutions voisines du corps vitré. »

On peut rapprocher de ce fait le cas d'un enfant du service du Dr Cadet de Gassicourt, où la coïncidence d'un nystagmus très prononcé sur les deux yeux permit de diagnostiquer avant la mort un néoplasme siégeant aux environs du 4^e ventricule.

Dans ce dernier cas pourtant, il y eût pu avoir erreur, car, comme le fait remarquer Jaccoud, il faut bien distinguer, lorsqu'on étudie la valeur des divers phénomènes, entre les symptômes *d'excitation* qui peuvent être tantôt effet *topique* et tantôt effet *d'irradiation*, — et les symptômes de paralysie « qui, résultant nécessairement de l'action directe exercée par

la tumeur sur le nerf compromis, fournissent dans tous les cas une notion précise sur le *siège* de l'altération » (1).

Quant aux renseignements concernant le *volume* et le *nombre* des tumeurs cérébrales, ils ont été nuls jusqu'à présent, et il n'y a guère à espérer de ce côté, la névrite optique s'étant toujours présentée avec les mêmes caractères objectifs et subjectifs, qu'il s'agit de néoplasmes extrêmement minuscules ou de sarcomes énormes ayant détruit presque tout un hémisphère cérébral.

Arrivons maintenant à une question des plus intéressantes. L'évolution des phénomènes oculaires peut-elle nous renseigner d'une façon absolument certaine sur la marche de la tumeur ? Jusqu'à présent il n'existe que des probabilités à cet égard. En certains cas exceptionnels (comme l'est celui si souvent cité de Jackson où une tumeur cérébrale nettement diagnostiquée et vérifiée plus tard à l'autopsie resta pendant neuf ans sans déterminer de troubles oculaires), la névrite des tumeurs est un phénomène tardif et, comme dit Gowers, en *quelque sorte critique*, de la maladie cérébrale ; le plus souvent cependant, elle précède ou accompagne les premiers symptômes néoplasiques et évolue parallèlement à la tumeur, s'aggravant ou s'améliorant suivant les alternatives de cette dernière, jusqu'au jour où l'atrophie, ayant achevé son œuvre, la lésion oculaire persiste, alors que la tumeur, elle, peut encore rétrocéder.

Comme conclusion de ce qui précède, nous croyons

(1) Jaccoud. *Traité de pathologie interne*, t. I, p. 272.

pouvoir affirmer que la névrite optique des tumeurs est un élément puissant de diagnostic dans les néoplasmes intra-crâniens ; car, comme le fait très justement remarquer le Dr Robin, dans sa thèse d'agrégation (1), « elle peut être un indice *révélateur*, quand on ne pense pas à la tumeur ; elle peut aussi, et surtout, être un signe *confirmatif*, quand le diagnostic de maladie encéphalique étant fait, on hésite entre une tumeur et telle ou telle affection.

Le Dr Angell est également de cet avis, et dans son traité des maladies des yeux, il insiste sur la nécessité de l'examen ophtalmoscopique « dans toutes maladies suspectes du cerveau, de quelque nature qu'elles soient, la connaissance des lésions du fond de l'œil étant d'une très réelle utilité pour le diagnostic » (2).

Il importe, en effet, d'être renseigné *aussi rapidement que possible*, afin qu'un néoplasme intra-crânien curable étant diagnostiqué, l'on puisse, par une médication appropriée, éviter une terminaison aussi désastreuse que la cécité. « Souvent, en effet, — dit le Dr Abadie dans ses cliniques, — les néoplasmes intra-crâniens qui donnent naissance à l'inflammation du nerf optique sont de nature syphilitique et dès lors justiciables de la médication spécifique. Or, si vous intervenez trop tard, si vous n'instituez pas de bonne heure un traitement énergique, qu'arrivera-t-il ? La névrite, abandonnée à elle-même, entraînera

(1) *Des troubles oculaires dans les maladies de l'encéphale*, p. 271.

(2) *Treatise of diseases of the eye*, 1878, p. 196.

la destruction du nerf, et plus tard, quand l'affection cérébrale aura cédé à un traitement approprié, vous vous trouverez en présence d'une cécité contre laquelle désormais tous vos efforts seront vains» (1).

Nous avons vu, par l'observation rapportée plus haut, qu'à ces tumeurs spécifiques il importe d'en ajouter d'autres, d'une nature différente, quoique également curables. Ce n'est pas, je le sais, l'avis de tous les pathologistes et Jaccoud, entre autres, se prononce très catégoriquement sur l'incurabilité absolue de tout néoplasme autre qu'un néoplasme spécifique. Mais ayant vu guérir des tumeurs qui, très certainement, n'étaient pas syphilitiques, nous croyons que ces affirmations doivent céder le pas aux faits, et mériter à l'avenir quelques réserves.

Avant de terminer ce chapitre de séméiologie, nous croyons devoir dire un mot d'un phénomène dont la recherche annule la seule difficulté sérieuse que l'on puisse rencontrer au sujet de ces névrites. Nous avons vu plus haut qu'en certains cas la névrite des tumeurs se terminait par une régression atrophique si complète que l'aspect ophtalmoscopique devenait absolument identique à celui d'une atrophie simple. En l'absence même d'antécédents révélateurs, il est, pour éviter une erreur souvent préjudiciable au malade et faire un diagnostic retrospectif exact, un symptôme important sur lequel nous croyons devoir particulièrement insister. C'est la répartition des couleurs sur l'étendue du champ visuel. Alors, qu'en effet, la réduction des zones s'opère d'une fa-

(1) Clinique du Dr Abadie, p. 80.

çon concentrique à la macula dans *l'atrophie simple*, celle-ci, dans *l'atrophie des névrites*, diminue d'une façon irrégulière et en empiétant presque toujours les unes sur les autres. Ce caractère très accusé déjà à la fin de la période d'état des névrites étranglées, persiste à la période d'atrophie et permet, en cas de doute, de diagnostiquer d'une façon certaine la pré-existence d'une névrite.

D^r D. PARANTEAU.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE

HYPOTHÈSES ET CONTRADICTIONS ACADÉMIQUES.

CHAPITRE TROISIÈME

CONCLUSIONS LOGIQUES ET EXPÉRIMENTALES

(Suite)

IV. L'INFECTION ATMOSPHÉRIQUE.

Que, pour expliquer l'apparition d'une épidémie de fièvre typhoïde, on admette avec MM. Léon Colin, Jules Rochard, Lagneau, Legouët, Perin, etc., l'infection de l'air par l'encombrement, par la putridité, rien de plus simple et de plus juste. Mais cette infection n'est pas produite par des germes ; elle ne féconde pas des germes, et ceux-ci ne s'introduisent dans l'organisme, pour le rendre malade, ni par les voies digestives, ni par les voies respiratoires, ni par la peau. Voilà qui est certain, acquis, démontré par la discussion elle-même.

Ainsi M. Léon Lefort assigne à l'infection atmosphérique le pouvoir de donner naissance au *germe contagé* qui, engendrant la *maladie*, fait naître la fièvre typhoïde. (757).

MM. Léon Colin et Jules Rochard donnent la fièvre typhoïde comme fille de l'encombrement et de la putridité. M. Léon Lefort ne la fait apparaître qu'à la quatrième génération ; la putréfaction engendre les mauvaises odeurs, l'infection atmosphérique ; celle-ci produit le germe, celui-ci la maladie, la maladie enfin, la fièvre typhoïde. Qu'est-ce que cela veut dire, sinon que l'infection, née de l'encombrement, de la putridité, de la malpropreté, rend l'organisme malade, et que, dans certaines conditions, la maladie prend le caractère typhoïde ?

M. Fauvel n'admet pas la production de la fièvre typhoïde par l'infection putride, mais il l'admet par infection spécifique, provenant d'émanations typhiques, par conséquent de l'atmosphère infectée par ces émanations.

Pour lui, il est certain que la dothiéntérie étant transmissible par l'air ambiant d'un milieu infecté, la transmission ne s'opère pas à une grande distance du foyer.

M. Lancereaux attribue une petite épidémie de fièvre typhoïde aux émanations provenant de matières fécales répandues sur le sol ; en quoi, il est contredit par M. Fauvel, (470-473). Ensuite il signale les émanations des usines insalubres comme cause de l'épidémie de 1882, ce que contestent MM. Fauvel, Bou-

chardat, Léon Lefort, Méhu etc. Dans tous les cas il croit à l'infection atmosphérique.

M. Jules Rochard est très explicite. Il cite l'*atmosphère*, les eaux et le reste, comme véhicules des déjections et des émanations typhiques.

Le 14 novembre 1882, il constate la diminution de l'épidémie ; mais il n'en fait honneur ni aux mesures prises par l'administration, ni à l'influence exercée sur celle-ci par les hygiénistes. « Si l'épidémie s'est arrêtée dans sa marche croissante, dit-il, c'est au temps qu'il fait que nous devons en savoir gré ; c'est aux grands vents d'Ouest, qui règnent sans interruption depuis deux mois, et aux pluies qu'ils amènent. Les pluies lavent l'atmosphère, les toits et les maisons, entraînent les poussières et les miasmes, nettoient les cours, les rues, les ruisseaux, et donnent même un peu à boire aux égouts toujours altérés dans les quartiers excentriques. Les vents d'Ouest viennent de la mer ; ils sont tièdes ; on leur ouvre volontiers la fenêtre, et ce sont les agents les plus efficaces de la ventilation dans les parties de la ville les moins favorisées. (1323 et 1324). »

Pour laver l'atmosphère et les maisons, nettoyer les cours, les rues et les ruisseaux, ces vents ont dû souffler, et ces pluies tomber pendant deux mois, précisément pendant les deux mois où l'épidémie est allée s'aggravant de semaine en semaine. Si les pluies ont enlevé les miasmes, les microbes, elles les ont entraînés dans les réservoirs, d'où ils repasseront dans l'atmosphère et le reste, c'est-à-dire dans l'air par les égouts, dans nos boissons par les ruisseaux,

d'après M. Léon Lefort et M. Jules Rochard lui même. Aussi M. Rochard prévoit-il, pour la fin de l'été 1883, une situation menaçante.

M. Bouchardat loge les ferments moteurs, les germes, les microbes, dans les taches rosées lenticulaires. Mais, pour que ces agents passent d'un organisme malade dans un organisme sain, ils n'ont pas d'autre voie que l'atmosphère.

En somme, pour tous, l'infection atmosphérique, voilà la grande cause de la fièvre typhoïde à l'état épidémique. Or, tous s'appliquent à démontrer que son influence est presque nulle. Si elle doit s'exercer quelque part en effet, c'est bien dans les hôpitaux. Là, les malades sont agglomérés dans des salles où les microbes pullulent en nombre dix, cinquante fois plus grand qu'à la mairie du IV^e arrondissement. Eh bien, dans la semaine où les hôpitaux de Paris ont reçu 1001 cas de fièvre typhoïde et où ils en contenaient 2145, — quatre cas seulement se sont produits à l'intérieur (1322.) (1). Aussi M. Jules Rochard, qui cite le fait, dit-il : On ne voit pas la fièvre typhoïde se répandre, comme la scarlatine et la variole, de proche en proche, dans les hôpitaux et dans les villes. (1322). »

La rareté des cas intérieurs dans les hôpitaux ne frappe pas moins M. Bouchardat. Elle est générale

(1) Le renseignement donné à M. J. Rochard est inexact. La semaine où il y a eu 1001 entrées, il ne s'est pas déclaré un seul cas à l'intérieur. Les cinq semaines précédentes n'avaient fourni que quatre cas intérieurs, et les onze semaines antérieures à celles-ci seulement huit cas.

en temps d'épidémie typhoïde et beaucoup plus marquée que dans les épidémies de choléra ; elle est même, en 1882, beaucoup plus prononcée que les années précédentes. M. Bouchardat explique ce fait par l'acclimatement des malades soignés dans les hôpitaux, et qui sont presque tous des Parisiens. (1416).

L'explication est discutable ; mais le fait est exact. Il est mis en évidence par les deux tableaux ci-après groupant les chiffres du *Bulletin de la statistique municipale* (1), l'un pour 1881, l'autre pour 1882. D'après le premier, la proportion des cas de fièvre typhoïde développés à l'intérieur avec les cas provenant du dehors, a été de 85 à 3759, soit 2,25 % en 1881, et de 98 à 9045, soit 1.07 % en 1882.

En même temps ces deux tableaux répondent à cette question : Quelle influence les moisissures et les bactéries de l'air exercent-elles sur le développement et la gravité des affections endémo-épidémiques, comme aussi sur la mortalité par ces affections ?

(1) Dans le tableau pour 1881, les maladies sont désignées par leurs initiales V. variole, T. fièvre typhoïde, R. rougeole, S. Scarlatine, D. Diphtérie ; les cas intérieurs développés dans les hôpitaux par la lettre I., ceux provenant du dehors par la lettre E. Dans le tableau pour 1882 relatif exclusivement à la fièvre typhoïde, les indications sont données en toutes lettres.

1881 SEMAINES	Moyenne hebdomadaire des microbes récoltés dans un mètre cube d'air			Admissions pour maladies s'étant déclarées						TOTAUX	Mortalité par les principales maladies endémiques dans tout Paris.					TOTAUX
	à Montsouris			T		V		D			T	V	R	S	D	
	Moississures	Bac-téries	au décaurond. Bactéries	I	E	I	E	I	E		T	V	R	S	D	
1 ^{re}	9.640	87	564	5	87	1	26	10	19	138	63	20	25	4	44	156
2	10.610	33	933	0	117	5	31	5	23	181	95	1	20	5	40	178
3	7.220	40	267	1	93	2	40	2	25	162	61	25	26	8	36	156
4	6.450	34	235	7	111	7	57	4	23	202	50	32	19	3	42	146
5	4.540	25	375	4	97	4	52	4	21	178	75	35	20	5	45	180
6	3.500	28	107	4	139	3	70	5	19	240	89	39	27	12	32	199
7	9.510	23	233	0	139	6	74	0	15	234	76	41	9	7	33	166
8	13.640	40	543	0	67	10	66	7	33	183	56	33	29	8	56	182
9	8.070	60	577	4	66	7	48	4	29	158	53	24	30	6	50	163
10	3.840	14	393	5	68	6	65	5	29	178	52	22	25	15	58	172
11	6.400	76	914	2	74	3	52	6	28	165	44	31	18	7	47	147
12	2.890	138	1.454	5	95	2	62	4	19	187	45	32	16	9	42	144
13	3.450	64	593	2	76	2	48	4	30	162	45	27	19	11	54	156
14	5.910	35	435	3	55	9	83	6	32	188	34	37	18	7	53	149
15	8.900	19	910	1	61	4	43	7	21	143	30	31	22	8	52	143
16	6.020	101	1.680	3	52	2	48	4	33	142	39	29	14	13	47	142
17	7.780	41	700	0	54	1	45	7	24	131	27	21	14	9	57	128
18	8.470	40	378	4	69	1	40	7	12	133	40	21	26	8	46	141
19	7.010	100	290	0	61	4	45	4	18	132	38	20	27	9	33	127
20	5.320	48	1.310	0	46	3	56	6	27	138	34	29	16	13	28	120
21	7.600	68	1.410	0	...	...	...	...	...	...	39	21	15	15	33	123
22	18.960	153	1.600	1	28	2	37	5	29	101	38	21	22	14	58	153
23	15.400	55	1.100	1	36	10	60	4	31	142	31	23	31	15	44	144
24	16.300	28	1.000	2	40	1	38	3	25	109	17	16	13	9	52	107
25	45.500	73	1.080	1	65	4	35	10	26	141	11	24	24	10	43	113
26	22.600	92	2.310	1	61	1	56	5	22	146	38	23	22	11	46	140
27	14.530	406	953	1	67	3	52	4	23	190	38	27	26	21	38	150
28	7.900	300	3.000	0	43	2	34	2	30	111	28	17	19	15	37	116
29	25.170	43	670	1	36	2	34	3	23	99	32	29	44	36	49	190
30	25.690	53	625	0	40	5	44	7	22	118	26	19	26	12	49	132
31	23.600	68	960	1	49	6	37	2	26	121	19	19	24	10	41	113
32	9.510	88	340	2	85	1	35	2	26	151	38	25	18	11	34	126
33	13.460	67	570	0	119	2	19	1	29	170	50	14	10	14	44	132
34	14.440	160	1.070	1	75	0	41	2	32	151	38	12	9	8	39	106
35	14.510	154	1.900	2	125	0	00	2	22	151	72	19	6	11	44	152
36	18.910	78	930	4	85	2	31	1	19	142	41	11	13	7	36	108
37	35.660	78	500	5	93	3	34	4	24	163	45	10	8	10	42	115
38	27.890	103	1.160	1	80	2	26	2	30	141	29	15	8	2	33	87
39	24.630	153	1.240	1	81	2	22	4	24	134	21	4	12	5	37	79
40	12.840	220	2.35	0	58	0	17	5	25	95	27	14	14	3	31	89
41	9.280	53	1.410	0	96	1	15	4	25	137	30	7	14	5	35	91
42	10.380	213	940	0	67	0	14	2	21	104	28	10	11	5	44	98
43	17.680	36	322	0	78	3	7	6	23	117	47	10	12	5	52	126
44	8.740	36	71	0	68	2	13	1	17	101	42	6	3	5	59	95
45	6.770	70	790	0	86	6	13	6	28	139	28	9	8	3	53	101
46	7.570	82	980	1	69	0	24	2	26	122	40	5	17	2	54	118
47	12.350	100	1.050	0	96	3	24	1	17	141	43	13	12	4	48	120
48	11.750	57	880	3	67	3	19	2	23	117	31	10	11	3	54	109
49	7.840	54	720	0	74	1	29	6	24	134	33	8	12	4	53	110
	7.710	56	1.120	0	60	0	26	5	32	123	29	9	10	1	60	109
	16.240	48	270	0	66	2	14	4	24	110	30	9	16	1	34	90
	6.800	50	290	1	49	4	14	2	31	101	25	9	12	7	62	115
				85	3769	155	1915	210	1259	7393	2130	1035	922	451	2313	6851

SEMAINES	Bactéries récoltées dans un mètre cube d'air à la Mairie du IV ^e arrondissement.		Cas de fièvre typhoïde soignés dans les hôpitaux.							
			PROVENANT				AYANT FOURNI			
			de l'indr. des salles	du dehors	Totaux hebdom.	Totaux mensuels	Sorties		Décès	
							Totaux hebdom.	Totaux mensuels	Totaux hebdom.	Totaux mensuels
1 ^{re}	45		1	49	50		49		12	
2	161		2	48	50		56		10	
3	314		0	65	65		64		5	
4	190		2	68	70		37		15	
5	111	Janv. 1.120	3	73	76	311	56	262	15	57
6	167		0	67	67		46		15	
7	224		1	78	79		48		19	
8	185		2	53	55		50		10	
9	260		3	62	65		35		11	
10	240	Févr. 1.400	2	47	49	315	53	232	13	68
11	440		0	61	61		59		16	
12	550		0	70	70		53		13	
13	410		1	97	98		55		16	
14	930	Mars 3.920	1	103	104	333	56	223	14	56
15	1.290		1	83	84		55		23	
16	610		0	109	109		57		15	
17	600		5	83	88		63		24	
18	510		1	59	60		76		14	
19	910	Avril 5.950	3	70	73	414	77	328	11	87
20	1.290		0	89	89		71		19	
21	1.400		1	91	92		71		17	
22	670		0	85	85		59		19	
23	95	Mai 6.790	0	92	92	368	59	260	14	69
24	300		1	104	105		44		21	
25	420		1	107	108		68		23	
26	250		0	96	96		60		28	
27	3.500		2	100	102		70		17	
28	2.500	Juin 2.100	1	116	117	528	72	314	10	96
29	4.000		0	87	87		99		18	
30	2.100		0	7	73		100		13	
31	1.600		0	124	124		78		16	
32	4.700	Juillet 2.940	3	205	208	492	106	383	20	67
33	5.400		0	338	338		98		39	
34	6.200		0	251	251		92		36	
35	5.000		2	249	251		153		35	
36	3.200	Août 4.970	0	197	197	1037	164	507	41	151
37	8.200		0	175	175		212		35	
38	5.600		1	212	213		213		27	
39	8.000		1	535	536		209		28	
40	4.508		0	1001	1001		214		78	
41	4.790	Sept. 5.880	15	726	741	2666	321	1199	139	307
42	2.300		4	402	406		296		91	
43	290		5	423	428		458		60	
44	210		5	336	341		491		65	
45	1.900	Octob. 2.590	4	290	294	1469	306	1551	60	276
46	2.300		4	217	221		405		38	
47	2.700		4	167	171		329		39	
48	2.600	Nov. 2.160	6	179	185	577	335	1069	26	103
49	2.430		3	168	171		248		21	
50	1.150		2	170	172		251		33	
51	1.310		3	142	145		220		33	
52	290	Déc. 1.420	2	153	155	643	168	887	32	119
			98	9045	9143	9143	7215	7215	1462	1462

V. MICROBES DE L'AIR.

Le *Bulletin de la statistique municipale*, d'où sont extraits ces tableaux, a été, à juste titre, comblé d'éloges dans cette discussion, notamment par MM. Bouchardat (1399), Jules Rochard (1324), et beaucoup d'autres. Sous de tels auspices et sous le patronage du Conseil municipal, il revêt un caractère en quelque sorte officiel. Aussi, en raison de son importance même, se tient-il sur une grande réserve au point de vue doctrinal. Il ne s'en est jamais départi que sur la question des microbes. D'abord il l'obscurcit dans les observations de M. Miquel, en appelant *zymotiques* les maladies désignées sous le nom de *miasmatiques et saisonnières* dans ses colonnes. Ainsi on lit dans le n° 49 du 10 décembre 1881 : « Le mois de septembre nous a également offert un *minimum* de bactéries, situé vers le quinze, auquel a succédé un *maximum* placé dans les premiers jours d'octobre. Durant cette période bimensuelle le chiffre des décès causés par les maladies *zymotiques* s'est abaissé rapidement en présentant deux légères recrudescences (3^{me} et 5^{me} semaines d'août) coïncidant assez exactement avec les deux *maxima* de bactériens ci-dessus mentionnés.

« A la Pitié, le nombre des micro-germes commence à reprendre une marche ascendante, les fenêtres des salles des malades restent plus longtemps fermées et l'insuffisance de la ventilation artificielle s'accuse par une augmentation considérable de ferments figurés. Signé P. Miquel. »

C'est ce passage qui a donné l'idée du tableau pour l'année 1881.

Le Rédacteur en chef du *Bulletin*, le regrettable M. Bertillon père, consacre de son autorité les observations de M. P. Miquel dans ce passage de l'annuaire statistique de la ville de Paris, pour 1880. « Le maximum de la mortalité correspond à la 14^e semaine; d'autres *maxima* relatifs allant tous en décroissant, se présentent dans les 21^e, 31^e et 36^e semaines et correspondent à des recrudescences dans le nombre des bactériens de l'air de Montsouris. A partir de la 35^e semaine, la mortalité par maladies zymotiques diminue brusquement et ne présente plus que deux *maxima* correspondant aux 45^e et 53^e semaines (p. 120). »

Enfin, à maintes reprises, M. P. Miquel, dans les années 1882 et 1883, reproduit ses observations en des termes tels qu'il établit une proportionnalité rigoureuse entre le nombre des bactériens d'une part et, d'autre part, non-seulement la mortalité par maladies zymotiques, mais encore le nombre des malades atteints par elles. Il faut citer les notes suivantes du *Bulletin*, n° 51 du 23 décembre 1882 : « *Moisissures* : Le chiffre des moisissures aériennes, fort peu élevé durant le mois de juillet, s'est rapidement accru pendant la seconde quinzaine du mois d'août; le mois de septembre, généralement peu riche en spores cryptogamiques, a présenté cette année une atmosphère fortement chargée de semences de mucédinées; les conditions qui favorisent la pullulation de ces espèces inférieures s'étant exercées sans entraves... Mais c'est surtout au commencement d'octobre, fait exceptionnel, en pleine épidémie de fièvre typhoïde, que l'on a compté le plus de microbes-moisissures ;

la moyenne de la première semaine d'octobre a été trouvée égale à 38,720, chiffre sans précédent.

« *Bactéries.* — A la rue de Rivoli, le chiffre de bactéries atmosphériques s'est accru lentement, mais constamment du mois de juin au mois de septembre.

... Au mois d'octobre, le chiffre des germes a diminué de la première période hebdomadaire à la dernière, avec la mortalité par la fièvre typhoïde. *Si les poussières vivantes de l'air sont pour quelque chose dans l'intoxication typhoïdique qui a si cruellement frappé la population parisienne, il faut avouer que les statistiques micrographiques viennent pleinement à l'appui de cette hypothèse.* Signé D^r P. Miquel.»

Voici les chiffres en regard des assertions et de l'hypothèse.

SEMAINES	Moyenne hebdomadaire des moisissures à Montsouris	Décès dans toute la ville de Paris par les principales maladies endémiques T. V. R. S. D.
31 ^e	23.600	113
32	9.510	126
33	13.460	132
34	14.440	106
35	14.510	152
36	18.910	108
37	35.660	115
38	27.890	87
39	24.630	79

Pour la période du 29 juillet au 29 septembre 1881, visée par la note de M. le D^r P. Miquel, en date du 10 décembre 1881, le rapport entre les moisissures trouvées à Montsouris dans un mètre cube d'air, d'une part, et, d'autre part, la mortalité par les principales maladies endémiques (zymotiques du

Bulletin), fièvre typhoïde, variole, rougeole, scarlatine et diphtérie, est mis en évidence.

Bien loin d'être proportionnelle à la moyenne hebdomadaire des moisissures, la mortalité correspondante par les principales maladies endémiques est plutôt en raison inverse de cette moyenne. La plus forte mortalité, 132, correspond à 13,460 moisissures, la plus faible 79 à 24,630 moisissures.

Même disproportion en tenant compte de la durée des maladies, à sept, quatorze ou vingt-et-un jours de date. Si à 14 jours de date, 23,600 moisissures donnent 132 décès, 35,600 moisissures n'en donnent plus que 79. Si à vingt-et-un jours de date, 23,600 moisissures donnent 106 décès, 14,440 en donnent 115, et la fameuse semaine à 35,660 moisissures, la 37^{me}, correspond à 89 décès dans la 40^{me}. (Voir le Tableau pour 1881).

Mais, si la loi est fausse pour la proportionnalité entre les moisissures et les décès, est-elle vraie pour la proportionnalité entre les bactéries d'une part, et, d'autre part, les cas d'invasion dans les hôpitaux et la mortalité générale? Qu'on en juge.

SEMAINES	Moyenne hebdomadaire des bactéries récoltées dans 1 mèt.cub. d'air à la Mairie du IV ^e arr.	Cas intérieurs dans les hôpitaux: fièvre typhoïde, variole et diphtérie.	Décès dans toute la ville de Paris par T. V. R. S. et D.
31 ^e	960	121	113
32	340	151	126
33	570	170	132
34	1.070	151	106
35	1.901	151	152
36	930	142	108
37	500	163	115
38	1.160	141	87
39	1.240	134	79

Pour chaque semaine, comme précédemment, la mortalité générale et les cas de fièvre typhoïde, variole et diphtérie, déclarés dans les Hôpitaux, sont en raison presque inverse de la moyenne des bactéries comptées dans un mètre cube d'air à la mairie du IV^e arrondissement.

Veut-on tenir compte d'une incubation de sept à vingt-et-un jours ? Même résultat.

A sept jours de date, 960 bactéries donnent 151 cas intérieurs, 126 décès dans toute la ville : 340 bactéries donnent 170 cas nouveaux et 132 décès dans toute la population ; de même 1,900 bactériens de la 35^{me} semaine donnent dans la 36^e 142 cas nouveaux et 108 décès ; mais 930 bactériens de la 36^{me} donnent dans la 37^{me}, 163 cas nouveaux et 115 décès.

Pour l'incubation de 15 à 20 jours c'est encore pire : 960 bactériens de la 31^e semaine donnent, la 33^e, 170 cas nouveaux et 132 décès ; 1070 bactériens à la 34^e donnent, la 36^e, 142 cas nouveaux et 108 décès.

C'en est assez, c'en est trop. L'activité des microbes, moisissures et bactériens de l'air est singulièrement compromise par ces résultats. Dans tous les cas, les assertions et l'hypothèse de M. le D^r P. Miquel sont mises à néant, par les chiffres mêmes invoqués par lui.

Un disciple très distingué de M. Pasteur, prévoyant le parti qu'on en peut tirer contre les *microgénies*, fait observer « qu'à Montsouris la méthode employée pour compter les bactéries, très sûre en apparence, présente l'inconvénient qu'on ne distingue pas les germes vivants des morts. Or, il y en a sûrement

beaucoup qui sont incapables de se reproduire. (E. Duclaux : *Ferments et maladies*, p. 33).»

A cela, M. le D^r P. Miquel répond par une note insérée régulièrement à la suite de chacun de ses tableaux. « Les seules bactéries qui entrent dans le présent tableau font partie des espèces infiniment petites, *rajeunissables* dans le bouillon neutre de densité de 1,024 ». Depuis quelque temps ce bouillon est remplacé par le « bouillon de bœuf neutralisé, salé, à 1 pour 100 de densité égale à 1,009. »

Ainsi les bactéries comptées par M. le D^r P. Miquel sont bien actives ; mais elles sont inoffensives.

Le tableau pour 1882 se rapporte exclusivement à la fièvre typhoïde. Le travail fait sur les moisissures en 1881 les a fait négliger avec juste raison pour 1882.

Il n'y a pas à le regretter ; car M. le D^r P. Miquel cite comme correspondant à la plus grande activité de l'épidémie typhoïde la moyenne de 38,720 moisissures, *chiffre sans précédent* dans la première semaine d'octobre 1882. Or, si en 1882, 38,720 moisissures correspondent à 1,001 cas de fièvre typhoïde venus du dehors dans les hôpitaux, en 1881, 45,500 moisissures de la 26^e semaine correspondent à 65 entrées, et 35,660 moisissures de la 37^e à 93 entrées.

Que l'on torture les chiffres de toutes les façons ; qu'on porte les échéances, soit pour les cas nouveaux, tant dans les hôpitaux qu'au dehors, à trente, soixante et même quatre-vingt-dix jours, et les microbes innocents se refusent de plus en plus à faire honneur à la signature de M. le D^r P. Miquel.

Veut-on des chiffres empruntés au plus fort de l'épidémie de 1882 ? La 40^e semaine compte 1,001 entrées, pas un seul cas intérieur ; elle correspond à 4,500 bactéries ; la 41^e avec 4,790 microbes donne 15 cas intérieurs et 726 entrées, en tout 741 cas nouveaux ; la 37^e avec 8,200 microbes ne donne que 175 cas nouveaux, pas un seul intérieur.

Veut-on tenir compte de l'incubation ? D'abord à sept jours de date, les 1,001 cas de la 40^e semaine seront l'effet de 8,000 microbes dans la 39^e ; mais les 213 cas seulement, dont un seul intérieur, de la 38^e semaine, ont été préparés par 8,200 microbes de la 37^e.

Oh ! à quinze jours, on peut compter sur le même résultat ; si les 1,001 cas nouveaux de la 40^e ont été causés par les 5,600 microbes de la 38^e, les 8,200 microbes de la 37^e n'ont fourni à la 39^e que 536 cas, dont un seul intérieur. Inutile de pousser plus loin cette démonstration qui se reproduit aussi bien avant et après que pendant l'épidémie.

Les moyennes mensuelles des bactéries comptées dans les salles de la Pitié ont été données quelquefois par le Bulletin de la statistique municipale. Un relevé des mois de septembre, octobre, novembre et décembre 1881, présente une contradiction encore plus profonde entre les chiffres et les propositions de M. le D^r P. Miquel.

Voici, en regard des cas de fièvre typhoïde déclarés à l'intérieur de tous les hôpitaux de Paris, les moyennes hebdomadaires des bactéries recueillies dans un mètre cube d'air :

1881 — mois	A L'HOPITAL DE LA PITIÉ		A la Mairie du IV ^e Arrond.	Fièvre typhoïde Cas intérieurs dans tous les hôpitaux
	Salle Michon (hommes)	Salle Lisfranc (femmes)		
7bre.	10.500	8.400	990	11
8bre.	12.400	12.700	1.070	0
9bre.	15.000	15.600	780	4
Xbre.	21.500	28.900	525	1

On peut voir là le rapport, assez variable, entre les bactéries du IV^e arrondissement et celles des salles Michon et Lisfranc. L'écart est considérable ; les bactéries dans les salles sont de 10 à 55 fois plus nombreuses, dans un mètre cube d'air, qu'à la Mairie du IV^e arrondissement. Il est à croire qu'elles ne sont pas moins nombreuses dans les autres salles de la Pitié, et des autres hôpitaux. Eh bien ! plus il y en a et moins il se déclare de cas de fièvre typhoïde à l'intérieur de ces mêmes hôpitaux, dans ces mêmes salles.

Comment ? dans les salles même des hôpitaux, où les microbes sont en quantité dix et même cinquante-cinq fois plus grande que dans la ville ; dans ces mêmes salles où les malades, les typhiques dans le cas particulier, sont rassemblés en beaucoup plus grand nombre que sur aucun autre point, le nombre des cas intérieurs est en raison inverse du nombre des microbes ! ! A quoi cela peut-il tenir ? sinon à ce que les microbes spécifiques sont étouffés par les microbes inoffensifs, ou mieux à ce qu'il n'y a pas plus

des microbes spécifiques dans les hôpitaux que dans la ville, c'est-à-dire pas du tout.

Et ce qui est vrai pour la fièvre typhoïde ne l'est pas moins pour la variole et la diphtérie, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des hôpitaux, comme le démontre le tableau pour 1881.

D'où il suit, deuxième conclusion logique et expérimentale, que les moisissures et les microbes de l'air n'ont aucune influence sur l'origine, le développement, la propagation et la gravité de la fièvre typhoïde et des autres maladies endémo-épidémiques, non plus que sur la mortalité par ces mêmes maladies (1).

VI. LA CONTAGION.

Cette réduction à l'absurde du rôle hypothétique des microbes de l'air n'aura été ni trop aride ni trop longue, si elle nous délivre à tout jamais d'une terreur et d'une superstition non moins savantes que populaires.

Même réduction à l'absurde d'une autre hypothèse, pour ne pas dire d'une autre chimère, la contagion. Au sens métaphorique, vulgaire et académique du mot, la fièvre typhoïde est-elle contagieuse ? Si oui, c'est bien dans les hôpitaux de Paris que la conta-

(1) Cette question est ici très sommairement traitée à propos de la fièvre typhoïde. Elle sera étudiée d'une manière plus générale et plus approfondie dans un ouvrage qui paraîtra prochainement sous ce titre : *De l'Empirisme et du Progrès scientifique. Principes de Médecine rationnelle*. 2^{me} Edition ; J. B. Baillière et fils, Paris.

gion doit se montrer avec une plus grande évidence, là où les malades au nombre de plusieurs milliers sont agglomérés, rapprochés des typhiques admis chaque jour, en contact, sinon immédiat, du moins direct, avec ceux-ci. Il n'en est rien. Loin de là : la preuve, c'est qu'en 1881, les cas intérieurs ne se sont pas élevés à plus de 2,25 % des cas d'admission. En 1882, non-seulement l'épidémie n'augmente pas cette proportion, mais même elle l'abaisse notablement, à 1,07 %. Ce n'est pas tout : du début à l'apogée de l'épidémie, alors que son intensité va toujours en augmentant, les cas intérieurs sont plus rares encore. Au début de la 19^e semaine il y avait, dans les hôpitaux, 265 typhiques en traitement ; de la 19^e à la 39^e inclusivement, il en est entré 3,396. Dans ce long intervalle il y a donc eu, dans les hôpitaux de Paris, 3,131 typhiques en traitement. Eh bien, il ne s'est déclaré, dans les salles, que 16 cas, soit 0,437 %. Est-ce assez clair ? Plus il y a de malades atteints de fièvre typhoïde réunis et moins la contagion est apparente.

Donc, troisième conclusion logique et expérimentale, la fièvre typhoïde n'est pas contagieuse.

VII. L'ACCLIMATEMENT.

L'encombrement des non acclimatés, surtout quand ils sont jeunes, ouvriers dans les garnis, soldats dans les casernes, a été considéré par tous les orateurs comme une des principales causes de l'épidémie.

M. Bouchardat attache une telle importance à l'acclimatement qu'il lui attribue la non contagion de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux, les malades en traitement étant presque tous des Parisiens. Or, on n'a précisé ni le nombre de ceux-ci, ni celui des étrangers admis dans les hôpitaux, ni par conséquent la proportion entre les non acclimatés et les acclimatés parmi les hospitalisés.

D'un autre côté, tous les praticiens de Paris savent que les Parisiens de tout âge paient un large tribut à la fièvre typhoïde. Sur un chiffre de cent fièvres typhoïdes dans une clientèle modeste, on trouvera tout au plus dix inacclimatés contre quatre-vingt-dix Parisiens de quatorze à soixante-trois ans.

Le seul fait banal, tant il est connu, qu'on ne puisse contester, c'est que les nouveaux venus dans une grande ville, à Paris notamment, sont d'autant plus aptes à contracter la fièvre typhoïde qu'ils sont plus jeunes.

Cette considération pèse d'un poids décisif en ce qui concerne l'organisation même de notre armée. S'il n'est pas possible d'éloigner les soldats de Paris, on devrait du moins les faire arriver plus âgés, acclimatés progressivement par leur séjour dans d'autres grandes villes. Sur ce point, comme plusieurs de ses collègues, M. Bouchardat a été bien inspiré et vraiment éloquent; mais la mesure à réclamer des pouvoirs publics n'a pas même été indiquée.

Cependant elle est urgente; c'est le retour au service, sinon de sept ans, du moins de cinq ans et, dans l'intérêt bien entendu de tous les pères de fa-

mille, de la santé de leurs enfants qui composent l'armée, le rejet de la proposition tendante à réduire le service militaire à trois ans. Quatrième conclusion logique et expérimentale.

VIII. APTITUDES ET PRÉDISPOSITIONS MORBIDES.

L'aptitude morbide, la prédisposition individuelle, voilà enfin deux faits autrement positifs que les microbes, les germes, les contagés et autres produits de l'imagination. C'est pour n'avoir pas appuyé leur doctrine sur ces deux faits que MM. Léon Colin et Jules Rochard sont descendus à l'hypothèse des germes.

L'aptitude morbide et la prédisposition individuelle suffisent à expliquer les grandes épidémies, sous l'influence des conditions générales dont MM. Léon Colin et Jules Rochard ont cité les deux principales, l'encombrement et la putridité.

L'aptitude morbide et la prédisposition individuelle suffisent à expliquer les petites épidémies et les cas isolés qui ont embarrassé M. Léon Colin.

En effet, toutes les causes qui peuvent déprimer l'organisme, les miasmes ou souillures de l'air, la mauvaise nourriture, la misère, la malpropreté, la nostalgie, le chagrin, les préoccupations d'affaires, la démoralisation, la dépravation précoce, la débauche, l'alcoolisme, et jusqu'à la perturbation jetée dans les esprits par la politique, toutes ces causes transforment l'aptitude morbide en prédisposition morbide.

Dans ces conditions, le moindre incident, un écart

de régime, une émotion, un simple refroidissement, peut faire éclater la maladie : la fièvre typhoïde, la dysenterie, l'érysipèle etc., selon la prédisposition individuelle.

Dans un grand nombre de circonstances un seul malade est atteint ; dans d'autres, la cause étant généralisée ou multipliée par l'encombrement dans les casernes, dans les garnis, dans certaines masures des campagnes, ou par d'autres influences, la prédisposition s'accuse chez un plus grand nombre et la maladie passe à l'état épidémique. Que les causes générales persistent comme dans les grandes villes, et la maladie reste endémique.

IX. LES ODEURS DE PARIS.

Parmi les influences générales, M. Léon Lefort a cité, comme l'une des plus pernicieuses et des plus actives dans l'épidémie de 1882, les odeurs de Paris. Il a cherché à établir que les émanations provenant des usines insalubres, même des dépotoirs de Bondy et d'Aubervilliers, ne se propagent pas à de grandes distances. Cela n'est pas bien sûr ; car en 1880, l'usine de Nanterre a dû être fermée sur les réclamations des habitants de Nanterre, Chatou, le Vésinet, St-Germain, etc. Les émanations caractéristiques se répandaient à une distance de huit, dix kilomètres et plus, et infectaient tous les points intermédiaires. Plusieurs personnes mêmes ont été sérieusement indisposées pour avoir passé à proximité.

Quant à l'influence des odeurs provenant des égouts, et que M. Léon Lefort considère comme la cause principale de l'épidémie, elle est encore contredite par les faits. Dans l'annuaire statistique de la ville de Paris pour 1880, à la page 120, le savant et bien regretté Bertillon père, écrit : « On remarquera sans doute que la période des fortes odeurs du nord, qui embrasse les 32^e, 33^e et 34^e semaines, correspond aux fortes chaleurs accompagnées d'un degré actinométrique décroissant, mais qu'elles correspondent en même temps à une mortalité par maladies zymotiques décroissante. » M. Duclaux, qui n'est pas suspect, cite un fait semblable, décisif, emprunté aux mois chauds des années 1858 et 1859, pendant lesquels la Tamise descendue très bas, devint un vaste réservoir putride.

« Ce fut, dit le Dr Budd, la première fois depuis la création du monde, que les produits d'égout provenant de près de trois millions d'hommes, se trouvèrent à fermenter sous un soleil ardent, dans un vaste cloaque ouvert au milieu d'eux. » Et M. Duclaux ajoute : « Tout mouvement cessa sur la rivière. On faisait des détours pour ne pas passer sur les ponts, et le palais du Parlement, situé comme on sait sur le bord du fleuve, ne put être rendu supportable qu'en suspendant devant chaque fenêtre des linges imbibés de chlorure de chaux. Encore fallût-il plusieurs fois battre en retraite devant l'invasion des odeurs putrides.

« Pendant des mois, les journaux furent remplis de plaintes, de lettres, prédisant les plus grands mal-

heurs. L'événement acquit des proportions historiques. — L'Inde est en révolte et la Tamise en putréfaction. — Voilà ce que disaient certains journaux, pour marquer le niveau de l'humiliation nationale.

« Et cependant les chaleurs passèrent, et les relevés de mortalité montrèrent, comme la particularité la plus remarquable de la saison qui venait de s'écouler, une diminution dans le nombre des fièvres, des diarrhées et des autres formes de maladies qu'on rapporte ordinairement aux émanations putrides. Bien mieux, cette diminution fut encore plus marquée chez les mariniers et autres ouvriers, qui avaient passé malgré tout leurs journées sur le fleuve. Comment concilier les résultats de cette curieuse expérience avec la théorie pythogénique de Murchison ? (E. Duclaux, ferments et maladies, p. 224 et 225). »

Encore une dernière hypothèse, sinon réduite à l'absurde, du moins démentie par la réalité. Absolument comme les microbes, les mauvaises odeurs sont des génies bienfaisants envoyés par la Déesse Hygie pour diminuer les diarrhées, les fièvres, les autres formes de maladies et supprimer la contagion. Mais gare le colmatage par le tout à l'égoût !

M. E. Duclaux, dans le cas particulier, ne croyant pas au contage gazeux, explique le fait par l'absence de contage animé. Or, on a vu que l'air ne contient pas de contage animé. En eût-il contenu davantage si la Tamise eût charrié des cadavres, comme le Gange ?

X. LES MIASMES.

Mais si, ni les microbes, ni les émanations provenant de tant de sources d'infection, ne communiquent à l'air aucune propriété nuisible, d'où vient donc son action incontestablement pathogénique dans un grand nombre de cas? Quoiqu'en pense M. E. Duclaux, elle vient de certains gaz; mais qu'il se rassure: ce ne sont point des contagions et ils n'ont rien de vaguement spécifique. Ils développent simplement l'aptitude morbide et provoquent ou aggravent la prédisposition individuelle.

Aveuglée par les microbes, asphyxiée par les odeurs de Paris, l'Académie n'a pas même abordé ce sujet. Elle y a touché à plusieurs reprises sans s'y arrêter. Dans les taudis, dans les chambrées, dans les salles d'hôpital, dans les salles de spectacle, partout où il y a encombrement, l'air est altéré plus ou moins par l'expiration et par les exhalations cutanées.

Le secrétaire perpétuel de l'académie, M. J. Béclard, traitant de quelques principes éliminés avec l'air expiré, dit: Les gaz de l'expiration contiennent de très petites proportions de matière organique. Cette matière (analogue sans doute à celle que la vapeur d'eau qui s'élève d'un sol humide, couvert de débris organiques, entraîne avec elle sous le nom de *miasmes*), s'échappe avec la vapeur aqueuse de l'expiration. La matière organique dont nous parlons donne à l'air expiré une odeur particulière, odeur qui devient assez désagréable lorsque les produits de l'expiration sont

recueillis et abandonnés pendant quelque temps dans un réservoir fermé.

« Cette matière contribue, avec les substances organiques contenues dans les produits de la transpiration cutanée, à vicier l'air dans les espaces clos habités par l'homme... Il est probable d'ailleurs que, dans un certain nombre de maladies contagieuses et infectieuses, cette matière suspendue dans l'air expiré constitue l'une des voies de transmission du mal.....

« On a quelquefois noté l'ammoniaque parmi les produits de l'expiration. Il est vrai que dans quelques circonstances, ce gaz se rencontre dans l'air expiré. Mais sa source n'est pas dans le poumon ; il provient de plus haut ; il est le résultat de la décomposition putride, qui s'opère parfois soit aux dépens de parcelles alimentaires restées entre les dents, après le repas, soit aux dépens des enduits morbides dont se couvrent la langue et les gencives. » (*Traité élémentaire de Physiologie Humaine*, p. 289 et 290. Paris, 1855).

M. J. Béclard constate encore que certains liquides ou principes volatils, introduits dans le sang par absorption ou autrement, tels que l'alcool, l'air, l'éther, le camphre, sont éliminés et entraînés en partie dans l'air, avec la vapeur d'eau de l'expiration. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi, trop souvent hélas, des principes morbides liquides ou volatils formés dans l'organisme au cours de certaines maladies ?

Voici le miasme humain qui apparaît ou plutôt qui reparait, car M. Léon Colin en a bien montré la dangereuse activité. Le miasme, terme générique

voulant dire *souillure*, indique toutes les émanations pouvant vicier l'air et provenant, soit d'organismes sains ou malades, vivants ou morts, soit de matières en décomposition ou en putréfaction. La science moderne, on est trop heureux de lui rendre justice, a déjà découvert les *ptomaines*, sorte de miasmes provenant des cadavres. Si elle cherche bien, dans les salles de réunions nombreuses, dans les chambrées, dans les dortoirs, dans les salles d'hôpital et jusque dans les chambres particulières, elle trouvera probablement des miasmes analogues, provenant des organismes vivants, sains ou malades.

Mais il est certain que cette espèce de *miasmes*, en dehors de l'encombrement, n'a qu'une action très limitée sur l'espace ambiant, plus que minime sur l'atmosphère générale.

Quant aux autres espèces de *miasmes*, provenant des organismes morts ou des matières en putréfaction ou en décomposition, c'est autre chose ; ils peuvent vicier l'atmosphère de toute une contrée.

En ce qui regarde la fièvre typhoïde, M. Jules Rochard a indiqué sommairement l'infection du sol, des eaux, de l'air, par les cimetières.

D'après le travail de M. Brouardel, cité par M. Bouchardat, la mortalité par la fièvre typhoïde, à Paris, a été de 903 en 1869, 938 en 1872, 952 en 1873, 82 en 1874, 1,048 en 1875, 2,032 en 1876, 1,201 en 1877, 857 en 1878, 1,001 en 1879, 2,120 en 1880, 2,133 en 1881 et 2,842 au 23 novembre 1882.

Voici un tableau navrant emprunté par M. Jules Rochard au même travail.

Mortalité pour 100,000 habitants :
De 1869 à 1874. De 1874 à 1879. De 1879 à 1881.

Fièvre typhoïde...	48,4	61,4	96,5
Diphthérie.....	53,6	88,8	101,3
Variole.....	11,4	17,2	74,8
Rougeole.....	30,3	37,5	43,3
Scarlatine.....	7,2	4,6	18,1

En présence de ces chiffres, personne à l'Académie ne s'est demandé si cette progression effrayante dans les maladies endémo-épidémiques et dans la mortalité qu'elles entraînent, ne devait pas être attribuée, en partie du moins, à l'encombrement des cimetières. On n'a pas même pensé à la guerre de 1870 à 1871, aux inhumations exceptionnellement nombreuses et faites dans quelles conditions ! autour de Paris et dans Paris, pendant le siège et la Commune ; pas davantage aux nouveaux cimetières ouverts depuis, et déjà trop pleins, St-Ouen, Ivry, Vaugirard, Levallois, etc., entourant Paris comme d'une couronne funèbre. Qui nous dit que nous ne subissons pas, depuis 1876, les conséquences de l'encombrement des cimetières dû à la guerre de 1870-1871, et accru d'année en année par le défaut d'espace ? Sait-on combien de temps il faut à la putréfaction cadavérique pour dégager ses ptomaïnes ; combien il faut de temps à celles-ci pour apparaître dans l'atmosphère directement, ou après avoir pénétré le sol ? Sait-on enfin quelles conditions provoquent, favorisent ou empêchent leur dégagement ?

Là, dans les cimetières, on finira par le reconnaître, est le point de départ des poussées épidémiques

dans les grandes villes, de l'explosion des épidémies dans les campagnes, et même d'un grand nombre de cas individuels. Le choléra n'a pas d'autre origine, les bouches du Gange converties en un immense cimetière. L'honorable M. Bonnafond réclame depuis trente ans la suppression de ce foyer d'infection universelle.

Eh bien ! ce qui se passe dans l'Inde, où le choléra est endémique ; où, sous l'influence de certaines circonstances, il éclate en violentes épidémies, en même temps que la dysenterie, la fièvre typhoïde et les fièvres pernicieuses, se passe également chez nous, près de nos cimetières, dans les villes et dans les campagnes.

Au moyen âge et jusqu'au XVIII^e siècle, quand les cadavres étaient entassés autour des Eglises et sous leurs dalles, les cimetières adossés aux habitations, les pestes et les fièvres putrides étaient presque en permanence en Europe.

Dans un mémoire lu à l'Académie des sciences, le 3 mai 1869, M. de Freycinet, cité par M. Bouchardat, montre les infiltrations des cimetières Montparnasse, et du Père Lachaise pénétrant dans les puits voisins, dans le sol à grande distance, et venant se mêler à l'eau de la Seine. Les ptomaïnes introduites dans l'eau et dans le sol, que deviennent-elles ? A un moment donné, par une évaporation plus ou moins brusque, elles passent dans l'atmosphère et, un jour, laaturent à son tour. Ni les plantations d'arbres projetées par M. Bouchardat, ni les boissacrés proposés au loin, ne seront une barrière suffisante contre

le colmatage sacrilège, les infiltrations et les émanations redoutables. Le mal ira toujours croissant en étendue et en intensité. Demain, peut-être, l'histoire enregistrera de nouveau des épidémies cent fois plus meurtrières que celles du moyen âge. La progression est fatale; tant qu'on n'aura pas remplacé l'inhumation par l'incinération, les morts tueront les vivants. Cinquième conclusion logique et expérimentale.

CHAPITRE QUATRIÈME.

PATHOLOGIE.

I. INNOVATIONS.

Il faut être équitable : il ne faut pas demander à la science moderne plus que ne comportent et son âge et son inexpérience. Elle sort à peine des langes de l'enfance ; si elle a brisé toutes les lisières de la tradition, elle traîne encore, à l'école et dans le langage, comme des haillons, les derniers lambeaux des âges préhistoriques. Si elle n'a ni supprimé, ni remplacé l'anatomie pathologique, elle l'a du moins flétrie du nom de *macroscopique*. Elle a ouvert le grand livre de l'Histologie pathologique, et, sur le premier feuillet, elle a déjà inscrit quelques altérations musculaires infiniment petites, élégamment appelées *microscopiques*.

En fait de nouveautés pathologiques, M. Jules Guérin a essayé de réintroduire les formes *ébauchées* de la fièvre typhoïde. A quoi M. Villemin a répondu

avec beaucoup de raison : « Si l'on n'avait pas, dans certains cas, les taches rosées lenticulaires pour affirmer le diagnostic, on conserverait des doutes sur la nature d'une affection qui dure à peine de 16 à 18 jours... M. Guérin dit avoir guéri des fièvres typhoïdes dans quatre ou cinq jours au moyen des purgatifs. Si l'on doute quelquefois d'un diagnostic lorsqu'il s'agit d'affection fébrile dont la durée n'a pas excédé douze à quatorze jours, à plus forte raison doit-on être réservé, lorsque l'on a affaire à des malaises de quatre ou cinq jours rapidement jugés par un purgatif (958). »

On vient de voir par quelle quantité de noms a été remplacé celui de *Miasmes* que M. Léon Colin a si imprudemment tenté de conserver. Si l'entente est impossible sur la signification des termes, leur nombre compense largement l'obscurité.

En ce qui regarde la fièvre typhoïde, on se contente, faute de mieux, de la vieille dénomination ; c'est elle qui divise le moins. Cependant M. Fauvel préfère *dothiémentérie*, expression qu'il attribue à Littré. La vérité préhistorique est que Littré a simplement corrigé une faute de Bretonneau. Celui-ci, par une analogie outrageusement forcée, assimilant l'inflammation intestinale, dans la fièvre typhoïde, à l'éruption cutanée, dans la variole, créa, pour la première, le néologisme métaphorique : *dothinentérie*.

Plus fort en grec, Littré rectifia l'orthographe, conformément à l'étymologie ; et à ce propos il dit : — « Quand au nom lui-même que M. Bretonneau a introduit dans le langage médical, il a peu d'import-

tance : c'est par un pur arrangement de Dictionnaire qu'il est préféré ici aux autres ; la seule chose à désirer, c'est qu'on s'entende. » (*Dictionnaire de Médecine en 30 volumes. Article Dothiémentérie*).

Si on s'entend, on ne s'entend guère que sur la nécessité du perpétuel recommencement. On parodie le vers d'André Chénier :

Faisons des mots nouveaux sur des sujets antiques.

II. INFECTION MORBIDE.

Une fois introduits dans l'organisme, les agents hypothétiques, contagés, ferments, germes, microbes, etc., travaillent à leur œuvre de destruction. Chaque académicien leur attribue, au gré de son imagination, une action aussi chimérique que leur existence.

M. Vulpian ouvre la marche ; il y a un agent qui produit la fièvre typhoïde. En lui donnant un grand nombre de noms, à la façon de certains parents à leurs enfants, M. Vulpian satisfait toutes les opinions. Il le baptise : agent typhique, typhogène ; agent de la fièvre typhoïde ; agent septique ; substance typhogène au singulier et au pluriel ; ferment morbide également au singulier et au pluriel, etc... Selon les goûts, la fièvre typhoïde est donc, à volonté : une intoxication dont on ne connaît pas le poison ; une intoxication spécifique par une ou plusieurs substances inconnues ; une infection auto ou hétéro septique par une ou plusieurs sepsines tout aussi inconnues ; une zymase produite par un ou plusieurs

vrais ferments, formés ou non de microbes, germes, contagés, etc., (931 et suiv.).

Intoxication, c'est cela, dit M. Jules Guérin, saisissant la balle au bond et il dit : J'ai démontré dans trois mémoires, à l'Académie des Sciences, et j'ai fait voir à l'Académie de médecine « en substance : 1° Que les matières stercorales chez des typhiques possèdent à leur sortie des intestins des propriétés toxiques ; 2° que ces matières accumulées à la fin de l'intestin grêle, au devant de la valvule iléo cœcale, produisent toutes les altérations caractéristiques de la maladie, et consécutivement infectent l'organisme ; 3° finalement que la fièvre typhoïde n'est qu'une intoxication stercorale réalisant consécutivement le principe ou germe infectieux de la maladie, germe qui l'entretient et la propage. »

« Cette doctrine, que M. Vulpian n'est pas loin de considérer aujourd'hui comme de la monnaie courante, puisqu'il la prend comme point de départ de ses recherches, repose donc sur des faits positifs, avérés, et elle constitue une *nouvelle* et double base de l'étiologie et de la thérapeutique de la maladie. (652). »

Voilà M. Vulpian bien heureux d'avoir une opinion, grâce à la libéralité de M. Jules Guérin ; mais il est fort embarrassé, ne sachant si c'est la sienne propre ou celle de son généreux bienfaiteur. Toutefois, il ne la garde pas longtemps, M. Jules Guérin ajoutant aussitôt : « D'où vient le principe toxique renfermé dans les matières fécales chez les typhiques ? Vient-il du dehors, ou se forme-t-il d'emblée

chez le malade et dans l'intestin ? Peu importe... (952). »

Et M. Jules Guérin va de l'avant ; on voit bien qu'il ne marche pas sur des charbons ardents.

Peu importe, dit-il ? Mais cela importe beaucoup, au contraire : toute la question est là. Si le principe toxique vient du dehors, comme les hygiénistes l'affirment, il agit sur l'organisme, il le rend malade, longtemps avant d'accumuler les matières fécales au devant de la valvule iléo-cœcale ; l'infection primitive n'est donc point stercorale. S'il se forme d'emblée dans l'organisme, il ne peut être que le produit de la maladie préexistante. L'infection stercorale n'est donc point primitive, mais consécutive. Dans les deux cas l'hypothèse réaliste croule par la base.

III. MICROPYROGÉNIE.

M. G. Sée cite comme possible l'intoxication par les schyzomycètes, par le baccillus typhique de Klebb ; il espère que cette opinion, aujourd'hui dominante, sera vérifiée, contrôlée, confirmée ou infirmée, avant l'apparition d'une nouvelle épidémie (52). Puis il affirme que l'infection par les schyzomycètes n'est pas contestée (59). Intoxication, infection, pour M. G. Sée, comme pour M. Vulpian, c'est *ad libitum*.

Comme la plupart de ses collègues, M. Bouley confond la contagion et l'infection avec la virulence et l'inoculation. Professeur de médecine comparée au Muséum d'histoire naturelle, il monte dans sa chaire pour promulguer les dogmes nouveaux avec

la ferveur d'un néophyte et l'autorité d'un maître. A l'Académie, il a soutenu seul la lutte contre M. Peter, souvent sans trop de désavantage ; c'est assez dire qu'il a ajouté encore à sa réputation, déjà considérable et bien méritée, comme orateur. Il est savant ; il donne volontiers à son exposition l'apparence d'une démonstration mathématique ; mais il est surtout artiste, et il colore de son style jusqu'aux expressions empruntées à l'algèbre. Aussi est-ce sous la forme d'un théorème qu'il énonce la proposition suivante :

« La fièvre typhoïde est reconnue aujourd'hui contagieuse. Or, la contagion, considérée d'une manière générale, est *fonction* d'un infiniment petit, *micrococcus* ou *microbe*, dont la pullulation dans un organisme infecté donne lieu à la manifestation des symptômes par lesquels la maladie s'exprime (959). »

Bien certainement M. Bouley ne fait ici aucune allusion à l'infection par l'eau et les aliments. Personne ne s'avise de boire dans le verre ou de manger dans l'assiette d'un typhique. S'il s'agit du microbe passant des vêtements dans l'organisme, le microbe, inutile de le redire, n'a pu pénétrer dans les vêtements que par l'atmosphère. Il s'agit donc bien de l'infection communiquée par l'intermédiaire de l'air.

Soit : la contagion, ainsi métaphoriquement entendue, est *fonction* d'un infiniment petit *micrococcus* ou *microbe*. Dans la pensée de M. Bouley, l'infiniment petit est indéterminé, *micrococcus* ou *microbe*. Donc, d'après le raisonnement de M. Bouley lui-même, la contagion, fonction d'une valeur indéterminée, est elle-même indéterminée, incertaine. Donc, admettre

aujourd'hui la fièvre typhoïde comme contagieuse, c'est accepter une hypothèse comme un axiome.

Il faut pousser le raisonnement mathématique jusqu'au bout. Il a été démontré, chapitre troisième, paragraphe V, que l'action des *micrococcus* (peut-être faut-il dire *micrococci*?) et des *microbes* est nulle sur la production et la propagation de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire égale à 0. Donc, si la contagion de la fièvre typhoïde est fonction de 0, elle est elle-même 0; et effectivement, il a été établi, chapitre troisième, paragraphe VI, que la fièvre typhoïde n'est pas contagieuse.

M. Bouley et tous les académiciens qui l'ont applaudi n'en continueront pas moins à professer et à croire de bonne foi que « les microbes de la virulence sont *exclusivement* les éléments de la contagion; qu'eux seuls peuvent la produire, et qu'en dehors d'eux rien n'est actif (425). »

Telles sont les expressions dont M. Bouley s'est servi dans la séance du 3 avril 1883. Et personne pour lui poser ce problème : rien n'est contagieux comme le rire et les larmes; trouver le microbe?

M. Bouley s'obstine à confondre la virulence avec la contagion; dépouillées de toute prétention algébrique, ses affirmations deviennent plus tranchantes, les *micrococcus* ou *micrococci* sont éliminés; les microbes seuls sont les agents contagieux; il n'y en a pas d'autres : en dehors d'eux rien d'actif; les rougeurs de la rougeole et de la scarlatine sont leur produit, absolument comme chez le porc les taches rouges sont l'expression de la pullulation, dans le

tissu tégumentaire, de l'élément vivant de la virulence du rouget (320.)

D'un mot, M. Peter renverse toute cette théorie de l'infection morbide. Il pose à M. Bouley cette question restée sans réponse : Quand, dans les fièvres éruptives, l'éruption manque, où est le microbe ?

IV. SIC VOS NON VOBIS.

L'hypothèse de l'origine parasitaire pour le plus grand nombre des maladies est très ancienne. Dans ses *nouveaux éléments de pathologie générale*, M. Bouchut constate que de Varron et Vitruve à Columelle, au Père Kircher et à Lancisi, il eût pu ajouter à Linnée, cette hypothèse a compté beaucoup de partisans. Ils pensaient que les maladies, la fièvre intermittente en particulier, étaient dues à la pénétration, dans l'organisme, d'animalcules, de corps organisés imperceptibles, *effluvia animata* de Lancisi. Pour arracher son masque moderne à l'école régnante, parasitaire, microbienne, ou microbienne, M. Peter n'est pas remonté si haut. Il lui a suffi de citer Raspail, un savant de l'âge du bronze. Raspail seul, en effet, a constitué sur cette hypothèse toute la doctrine qui ne porte plus son nom.

Il a trouvé l'air peuplé de moisissures, de sporules, de spores, de sporidies, de miasmes, réduits à l'état de poussière, d'atomes. Il a attribué à tous ces corpuscules le même rôle qu'aux germes de nature végétale ou animale : germes microscopiques d'où peu-

veut naître des *géants*. Ces germes, il les a fait transporter par tous les vents, pénétrer dans les organes en communication avec l'air extérieur, s'y développer, les envahir, y vivre en détruisant les tissus, y arrêter les liquides et transformer ceux-ci en poison dans les cellules. Il a vu dans tout ce travail une *fermentation* qui exige une certaine température. Il a signalé enfin le danger de cette fermentation à la surface des plaies, ses produits putrides, absorbés par les orifices béants des vaisseaux, étant portés dans la circulation et déterminant l'infection. C'était bien longtemps avant que Lister eût vu ce même danger et puisé dans les travaux de M. Pasteur l'idée de son pansement antiseptique.

Seulement, c'est le mot de la comédie ; Raspail n'a pas appelé ces germes microscopiques *microbes* ; il n'en a pas fait l'histoire naturelle ; il n'en a pas proposé l'inoculation. C'est là d'ailleurs le moindre de ses torts : il n'a été professeur dans aucune faculté, dans aucune école ; bien loin de se faire des amis à la Faculté et à l'Académie de médecine, il ne s'y est fait que des ennemis acharnés. Aussi sa doctrine a-t-elle été, comme lui, proscrite, honnie, conspuée, persécutée même comme il convient. Mais il a créé une industrie, la *microtechnie* ; il l'a vue grandir et, de son vivant, atteindre à la plus grande prospérité. Par elle on arrive à la fortune, à la réputation, aux emplois ; par la science dont elle est l'application on peut aspirer aux plus hautes récompenses, aux honneurs exceptionnels.

Plus heureux qu'Auzias Turenne, Raspail est mor

riche. Il a même assisté, sans en partager la gloire, au triomphe de ses idées, acclamées, professées, avec l'entraînement de la passion et du fanatisme par ses anciens détracteurs. A-t-il dû sourire à ce retour des choses d'ici-bas, à ce revirement des esprits, à ce manque de respect, sinon pour la propriété, du moins pour la priorité. A-t-il dû sourire, le vieux Philosophe, assez fier et assez dédaigneux pour ne pas réclamer la plus petite part, une part microscopique, dans cette fumée de l'enthousiasme ? *Nunc dimittis servum tuum in pace*, a-t-il pu dire, au dernier moment, avec le grand prêtre s'adressant au Seigneur !

V. MICROTHERMOGÉNIE.

Encore un hellénisme ; d'autres suivront ; ce n'est pas une concession à la mode ; c'est une nécessité subie. Il s'agit en effet de la science moderne ; or elle ne parle plus, ou plutôt elle ne parle pas encore français. Heureusement elle parle grec, soit par atavisme, soit grâce à l'illustre Piorry, un savant de l'époque de transition.

M. Vulpian a surtout insisté sur les propriétés qu'ont les acides borique, salicylique. etc., de diminuer l'hyperthermie. L'hyperthermie, M. Bouley va montrer comment les microbes l'engendrent ; rien de plus simple.

L'augmentation de la chaleur crée, chez les malades atteints de fièvre typhoïde, un milieu plus favorable à la pullulation de l'élément vivant d'où la fièvre typhoi-

de procède. Et réciproquement, l'abaissement de la température par les bains froids, chez les malades, fait de l'organisme un milieu moins favorable à la pullulation de cet élément. Ainsi le microbe du charbon ne peut être inoculé aux grenouilles qu'en élevant leur température au niveau de celle des animaux à sang chaud. D'un autre côté, on ne peut l'inoculer aux poules qu'en abaissant leur température de quelques degrés.

« L'existence d'un élément vivant, d'un microbe, dit M. Bouley *peut* ou plutôt *doit* être admise pour une double raison ; d'abord parce que cette maladie est contagieuse ; et ensuite parce que M. Pasteur l'a constaté dans la fièvre typhoïde du cheval, qui a avec celle de l'homme de grands caractères *analogiques*, et lui est *identique* par les propriétés contagieuses (960). »

Prémises fauses, la première reposant sur la confusion entre la contagion et l'infection, la seconde sur une pétition de principe ; qui pis est, conclusion par analogie, dès lors plus qu'hypothétique ; convertie aussitôt en affirmation sans preuves. Toute la logique de l'école moderne est là.

En somme, on ne connaît pas le microbe de la fièvre typhoïde chez l'homme.

S'il existe, peut-être est-il de ceux dont l'inoculation et la pullulation sont favorisées par une température abaissée de quelques degrés, comme chez la poule ? Peut-être, au contraire, est-il de ceux auxquels une température plus élevée, toujours comme chez la poule, rend réfractaire ? Dans tous les cas

il y a danger à abaisser la température chez les typhiques.

Enfin, si l'hyperthermie crée, chez les typhiques, un milieu favorable à la pullulation du microbe, ce n'est pas le microbe qui a produit la maladie d'abord, puis son symptôme grave l'hyperthermie. Et comment a-t-il pu, introduit dans l'organisme, s'y développer avant que l'hyperthermie lui eût créé un milieu favorable ?

Donc la microthermogénie, reposant sur l'analogie entre la fièvre typhoïde du cheval et celle de l'homme, n'a pas plus de valeur que la micropyrogénie, reposant sur l'analogie entre la rougeole ou la scarlatine, et le rouget du porc.

(A suivre.)

D^r CRETIN.

NOUVELLES

Le 27 octobre dernier, le D^r I. T. Talbot, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Boston, en opérant à l'hôpital homœopathique du Massachussetts un fibrome interstitiel de l'utérus, se blessa légèrement à la main. Il ne prit d'abord pas garde à cette piqûre et, le lendemain soir, il était pris d'une lymphangite septicémique qui, en quelques heures, remonta jusqu'à l'épaule. Des nouvelles, que nous venons de recevoir récemment, nous apprennent que tout danger est conjuré et que notre vaillant confrère pourra bientôt reprendre le cours de ses travaux.

Le Gérant : D^r A. CUAUDÉ.

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX

SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1883.

Présidence de M. le D^r GONNARD.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté. L'ordre du jour appelle la discussion de la clinique du D^r Jousset.

M. CRETIN. — Le temps m'a manqué pour étudier la clinique du D^r Jousset aussi complètement que j'aurais voulu le faire, aussi n'ai-je l'intention que de faire quelques remarques à propos des observations des fièvres typhoïdes. La clinique du D^r Jousset nous offre treize cas de fièvre typhoïde sur lesquels il n'y a eu qu'un seul décès; nous pouvons donc constater une fois de plus les heureux résultats du traitement homœopathique dans cette maladie. Je désire cependant adresser une légère critique à M. Jousset, qui est un maître en clinique et qui, par conséquent, doit nous donner l'exemple. Une chose, en effet, me frappe à la lecture de ces observations : la température est, en général, notée avec soin, mais il n'est presque jamais fait mention de l'état du pouls. Dans plusieurs cas où M. Jousset a donné le sulfate de quinine, il ne nous dit pas les modifications présentées par le pouls. La fièvre typhoïde est cependant une maladie où il est important de le consulter. Je sais bien que le thermomètre nous donne des renseigne-

ments précieux, mais il est bon néanmoins de conserver la tradition ancienne et de pouvoir, à la rigueur, se passer de cet instrument pour se guider sur le pouls, qui est un élément important de diagnostic et de pronostic ; sans passer en revue toutes les observations, je signalerai seulement la cinquième : fièvre typhoïde prolongée. Dans cette observation nous voyons au 21^e jour une chute brusque de la température ; M. Jousset a donné le sulfate de quinine à la dose de 0 gr. 60 centigr. pendant trois jours. Il est évident qu'ici il eût été intéressant de noter le caractère du pouls.

M. PARTENAY. — La première observation de la clinique du Dr Jousset me paraît être un peu écourtée. La malade atteinte de catarrhe suffocant est morte le quatrième jour ; j'aurais été bien aise d'avoir quelques détails sur la maladie et de savoir à quoi était lié ce catarrhe. Dans l'observation d'impetigo du cuir chevelu, on dit bien que le *Viola tricolor* a été prescrit, mais on ne nous fait pas connaître le résultat.

L'observation de goutte me semble discutable. En effet, le malade, qui était alcoolique, a eu un accès qui a duré plus de six semaines, la maladie a présenté une marche qui ne me paraît pas être celle de la goutte ; on peut se demander s'il ne s'agirait pas ici d'un rhumatisme.

J'en dirai autant de l'observation intitulée péritonite chronique. Les symptômes présentés par la malade ne sont pas absolument ceux de la péritonite chronique ; je crois que la suite de l'observation sera nécessaire pour se prononcer d'une façon précise sur le diagnostic.

M. GONNARD. — Ce n'est pas sur la clinique du **D^r Jousset**, mais bien sur les cliniques en général présentées par les chefs de service, que je veux faire quelques observations. Depuis que l'hôpital St-Jacques existe, le travail des cliniciens n'a pas été perdu, il a démontré d'une façon certaine la supériorité de l'homœopathie sur l'allopathie. Les cliniques se sont perfectionnées, son devenues plus rigoureuses et plus complètes et pourtant je trouve qu'il leur manque quelque chose. En effet, si nous voulions seulement établir la supériorité de la doctrine homœopathique, les chiffres de nos statistiques suffiraient largement, mais il me semble qu'une Société comme la nôtre a un autre but à se proposer, c'est l'enseignement de la thérapeutique vis-à-vis des médecins. Ce que nous devons faire ressortir surtout, dans nos observations, c'est donc le rapport qui existe entre la maladie et le médicament. Les livres sont défectueux sous ce rapport et, seule, la clinique peut bien montrer ce rapport qui est le fond de la lutte entre l'homœopathie et l'allopathie. Voilà en quoi nos cliniques doivent différer de celles des allopathes qui cherchent surtout à établir le diagnostic d'une façon très précise en laissant de côté, la plupart du temps, la question du traitement. C'est dans ce sens que je voudrais voir se perfectionner les cliniques des médecins de l'hôpital St-Jacques.

M. JOUSSET. — Quelques mots d'abord pour répondre au **D^r Partenay**. Je ferai observer à **M. Partenay** que la première observation dont il a parlé n'est donnée dans ma clinique que sous forme de résumé et que, par conséquent, on ne pouvait pas s'étendre beaucoup sur les détails.

J'ai donné le sulfate de quinine dans quelques cas de fièvre typhoïde pour combattre les grandes oscillations qu'on observe à la fin de la maladie. J'ai essayé contre ces oscillations de la température différents médicaments qui, en général, m'ont paru insuffisants pour les faire cesser. *Lycopodium* et *Plumbum* sont les deux qui m'ont paru les plus favorables.

La malade atteinte de péritonite chronique est encore dans le service et la suite de l'observation a montré que son diagnostic devait être maintenu.

Le Dr Cretin a eu parfaitement raison d'attirer l'attention sur la question du pouls. Je ne néglige jamais de consulter le pouls, mais je ne le note pas toujours dans les observations.

La remarque que vient de faire le Dr Gonnard sur le sens dans lequel doivent être rédigées les cliniques, est très importante. Pour ma part, je me suis toujours efforcé d'indiquer pourquoi je donnais tel ou tel médicament dans les cas où cela me paraissait utile, mais je crois qu'on ne peut pas toujours le faire avec autant de détails que le désirerait le Dr Gonnard, le cadre du journal ne s'y prêterait pas. Je désirerais que la discussion portât surtout sur la thérapeutique et sur ce point je me rattache complètement aux idées du Dr Gonnard.

M. MOLIN. — J'approuve complètement la façon dont M. Gonnard comprend les cliniques et j'aurais désiré qu'à certains endroits de sa clinique le Dr Jousset eût un peu plus insisté sur les raisons pour lesquelles il a donné tel ou tel médicament. Il me semble aussi qu'il aurait pu trouver, pour combattre les oscillations de la température, d'autres remèdes que le sulfate de quinine. En effet, dans les cas où aucun danger ne

menace les malades et où la guérison est assurée, on peut prendre le temps de chercher le remède qui convient le mieux.

M. TESSIER. — La recrudescence vespertine de la fièvre a été signalée par le D^r Escallier qui lui a consacré un article dans *l'Art Médical*. Les médicaments qui conviennent le mieux en pareil cas sont : *Rhus tox.* et *Gelseminum*. A propos de l'observation de catarrhe suffocant contenue dans la clinique du D^r Jousset, je ferai remarquer que la saignée peut, dans ces cas, rendre de grands services et amène une amélioration très prompte dans l'état des malades. Quant à l'observation d'impétigo, il est impossible de savoir si le succès doit être attribué au médicament administré, *Viola tricolor*, ou aux lotions d'hydrate de chloral qui ont été faites en même temps. Il est évident que ces cas, où l'on emploie simultanément deux médicaments aussi différents, ne peuvent fournir des observations probantes.

M. FRÉDAULT. — Je reviens sur l'observation que vient de faire le D^r Gonnard au sujet des cliniques en général. J'approuve en principe ce qu'il a dit, mais je crois cependant qu'il faut faire quelques restrictions. Lorsque le médecin est au lit du malade, il résume dans sa pensée tous les symptômes qu'il a devant lui et, se guidant sur l'ensemble de ces symptômes, il choisit le médicament qui lui semble le meilleur. Mais si deux ou trois mois après, il revient sur tel ou tel cas, il ne lui est pas possible, en général, de se rappeler par quelle aberration d'esprit il a choisi un médicament plutôt qu'un autre. Il est donc bien difficile, dans une clinique, de rendre toujours compte des raisons qui nous ont fait choisir un

médicament. D'ailleurs, nos cliniques sont faites plus pour ceux qui savent déjà, que pour ceux qui sont ignorants, elles ont pour but d'enrichir la thérapeutique. Nous devons certes nous efforcer de faire nos cliniques le mieux possible, mais je doute que nous atteignons jamais la perfection que désirerait M. Gonnard.

M. GONNARD. — M. Frédault a raison sur beaucoup de points et je reconnais avec lui qu'il est difficile de rendre compte de tous les médicaments qu'on donne. Mais dans certains cas cependant il est bon de préciser.

M. Frédault voit surtout dans les cliniques une manière de nous éclairer entre nous, je crois qu'il est permis d'y voir aussi un moyen de propagande homœopathique ; il faut qu'elles soient des leçons qui pourront servir dans l'avenir.

(La séance est levée.)

LA FIÈVRE TYPHOÏDE

HYPOTHÈSES ET CONTRADICTIONS ACADÉMIQUES.

CHAPITRE QUATRIÈME

PATHOLOGIE

(Suite)

VI. — THERMOPYROGÉNIE ARCHAÏQUE.

On ne voit plus dans la fièvre typhoïde que l'hyperthermie qui produit la fièvre, qui est la fièvre elle-même ; c'est le degré de température qui donne

seul la mesure de la gravité, indépendamment de toute autre considération. En dehors de la température, M. Vulpian pousse le dédain de tous les autres signes à ce point que, dans sa communication du 22 août 1882, point de départ de la discussion, il n'est question, ni des formes de la maladie, ni des symptômes, ni même du pouls. Le thermomètre est l'unique élément du diagnostic et du pronostic; selon qu'il hausse ou qu'il baisse, l'état général s'aggrave ou s'améliore.

M. Vulpian, et tous les partisans de l'hypothèse thermogénique, se figurent naïvement avoir introduit en pathologie et en thérapeutique une innovation, accompli une réforme, mieux que cela, révolutionné la science de fond en comble. Et cela, simplement, parce qu'ils ont substitué au tact intelligent et exercé le thermomètre inconscient et passif. Ignorance ou oubli volontaire de l'histoire, ainsi seulement peut s'expliquer une semblable illusion. L'ignorance, comment la supposer chez des maîtres tels que MM. Vulpian, Bouley et tant d'autres? Quand à l'oubli volontaire, de quel nom l'appeler? Par euphémisme on peut l'attribuer au parti pris de la négation absolue du passé, de la table rase, du perpétuel recommencement.

Donc encore on recommence, et comment? Déjà, du temps d'Hippocrate, il y avait des sophistes qui s'occupaient de médecine, et des médecins qui partageaient et soutenaient les opinions de ces sophistes. La thermopyrogénie était en grande faveur par-

mi eux ; ils la professaient comme un dogme et Hippocrate leur répondait :

« On objectera que, dans les *fièvres ardentes*, les péri-pneumonies et les autres maladies graves, la chaleur ne disparaît pas promptement, et que le froid et le chaud n'alternent plus. J'y crois trouver la plus grande preuve que la *fièvre n'est pas produite simplement par le chaud*, et qu'il n'est pas la cause seule de la maladie ; mais qu'il y a un chaud amer, un chaud acide, un chaud salé et mille autres, puis un froid avec autant de qualités différentes. Ce sont là les vraies causes du mal ; le chaud, sans doute, est présent avec la force qu'il possède, dirigeant, activant, augmentant la qualité jointe à lui ; mais il n'a aucune vertu plus grande que celle qui lui appartient. (Hippocrate : *Dé l'ancienne médecine. Traduction Littré, tome 1^{er}, p. 613.*) ».

Le chaud amer, le chaud acide, le chaud salé et le chaud avec mille autres caractères, est-il besoin de l'expliquer, indiquent, pour Hippocrate, l'altération des liquides de l'organisme, résultant du trouble fonctionnel et produisant les formes de la maladie : bilieuse, muqueuse, putride, ataxique, adynamique, etc...

Enfin, après trois mois de discussion, M. Hardy, un maître, la plus grande autorité contemporaine en pathologie et en clinique, M. Hardy prend la parole. Au nom du bon sens, de l'expérience et de la raison, il renouvelle la protestation d'Hippocrate contre le sophisme rajeuni de la Thermopyrogénie. Il s'exprime ainsi :

« Mais, me dira-t-on, et l'hyperthermie ? Comment la combattre ? Je demande ici à exprimer complètement et franchement mon opinion relativement à l'hyperthermie, cette bête noire de certains médecins, qui veulent absolument la combattre par les moyens les plus énergiques, par les bains froids, par l'acide salicylique, par l'acide phénique, par le sulfate de quinine à haute dose. Je l'avoue hautement, l'hyperthermie ne me fait pas si peur que cela, et je ne puis m'empêcher de la considérer comme *un phénomène habituel* de la fièvre typhoïde : car, dans cette maladie, on observe fréquemment des températures de 40 degrés, et même 41°2, 41°3, et cela ne m'effraye pas outre mesure, mais à une condition essentielle cependant, c'est que la fréquence du pouls ne soit pas proportionnelle à l'élévation de la température.

..... « Ce phénomène de disproportion entre la température et le pouls m'a paru tellement habituel dans la fièvre typhoïde que j'en tire parti pour le diagnostic et que, dans un état fébrile, il peut me servir à soupçonner une fièvre typhoïde dans les premiers jours, avant l'apparition des taches. De cette comparaison entre l'élévation de la température et la fréquence du pouls, on peut également tirer un signe pronostique et poser cette proposition de clinique, que j'enseigne fréquemment : si malgré une température élevée, le pouls ne dépasse pas 110 pulsations, la maladie n'a pas grande gravité ; si, au contraire, le pouls atteint et dépasse 116 à 120, le pronostic est grave.

.... « Vous voyez donc, Messieurs, combien de

cette comparaison du pouls et de la température, on peut tirer des conséquences utiles; mais, j'ai le regret de le dire, on a perdu l'habitude de tâter le pouls. (M. Peter : Très bien)... Le thermomètre a détrôné la montre; médecins et élèves n'observent plus attentivement le pouls, ne recherchent plus ses qualités de fréquence, de faiblesse ou de force, de régularité ou d'irrégularité. Beaucoup ne comptent même plus les pulsations et j'ai rencontré des élèves qui étaient incapables d'en indiquer le nombre. (Plusieurs membres : Oh !) En tout cas, dans la plupart des observations, cet élément si important du diagnostic est tout à fait négligé.

« Je reviens à l'hyperthermie et je répète que, pour moi, le danger n'est pas là, particulièrement dans la fièvre typhoïde ;... il ne faut pas le combattre par des moyens dangereux ; c'est là ma conclusion formelle... J'espère aussi que les médecins avertis du danger de certains médicaments donnés à haute dose hésiteront à les administrer d'une manière banale et sans indications formelles, (1357 à 1359). »

Pas de déclamation, des faits ; leur exposition méthodique imposant une déduction rigoureuse ; un style non moins remarquable par sa netteté et sa précision que par sa concision et sa clarté ; M. Hardy est là tout entier. Aussi son éloquence si sobre et si nerveuse est-elle accueillie par de vifs applaudissements.

Pour tout autant l'Académie ne ratifie pas le juge

ment porté contre l'hyperthermie par son honorable président.

Un autre professeur de clinique, M. G. Sée, se prononce dans un sens diamétralement opposé. Comme effets nuisibles de l'hyperthermie, il signale : la consommation rapide, la dégénération granulo-graisseuse des organes, surtout du foie, des reins et des muscles ; l'endartérite fréquente, l'affaiblissement des parois cardiaques, etc., (90—93). Il regarde l'hyperthermie comme un *maître symptôme*, qui domine toute la scène morbide, et qui *seul* mérite considération ; *seulement* il fait une réserve : « Il est bien entendu, dit-il, que l'hyperthermie, pour mériter ce nom, doit se manifester principalement le soir, et être indépendante de toute excitation passagère. Autrement, comme l'a fait observer notre président, M. Hardy, l'hyperthermie *passagère* n'a point de valeur, fût-elle même de 42°. (90). »

Mais non ; M. Hardy n'a pas parlé d'hyperthermie passagère ; il a visé l'élévation de température caractérisant habituellement la fièvre typhoïde avec l'élévation du pouls proportionnellement moindre.

M. Jaccoud, un clinicien cependant, aussi professeur, partage, en pathologie, l'opinion de M. G. Sée. Il affirme que la calorification anormale, non-seulement entraîne la consommation, mais encore expose à des dangers d'un autre ordre, lesquels menacent tout spécialement le cœur et le cerveau (193). »

Enfin, M. Vulpian persiste à considérer l'élévation de la température comme un indice de la fièvre, beaucoup plus significatif et de bien plus grande

valeur que l'accélération des battements du cœur (305 et 306).

VII. HYPERTHERMIE.

Après M. Hardy, M. Peter, à son tour, proteste de tout son savoir et de toute son énergie contre ce simplisme pathologique basé, comme le simplisme étiologique ou la micropathogénie, sur une pure hypothèse physico-chimiatrice.

« De même qu'à une certaine période de notre histoire sociale, dit M. Peter, il y a eu la folie de la croix, de même, à notre époque médicale, il y a ce que j'appellerais volontiers la folie de l'hyperthermie. Et chacun est parti en guerre. » (237).

Oui, chacun est parti en guerre, et sous la bannière de qui, grand Dieu ? Sous la bannière de Wunderlich, de Brand et, hélas ! de Claude Bernard.

Voici, d'après M. Peter, la formule de Wunderlich : « La fièvre typhoïde est une maladie dont la courbe thermique est d'abord uniformément croissante du matin au soir, et décroissante du soir au matin ; puis qui présente une période d'état caractérisée par un plateau et se termine enfin par de grandes oscillations. Toutes les fois que la courbe est rapidement ascendante, c'est qu'il y a une complication ; toutes les fois que la température approche de 42 degrés, atteint ce chiffre ou s'y maintient, le pronostic est funeste. » (236).

Tel est le nouvel évangile dont Wunderlich est l'apôtre. Eh bien ! M. Peter et tous les praticiens ont

les mains pleines de faits qui donnent un éclatant démenti, et au nouvel Evangile, et à sa formule, et à l'apôtre.

Le dogme de l'hyperthermie est-il fondé sur les conclusions que Claude Bernard a tirées de certaines expériences ? Tant pis pour le dogme ; il repose sur une erreur ; car, si les expériences de Claude Bernard sont exactes, il n'en est pas de même de ses conclusions. La démonstration et la critique de M. Peter, sur ce point, ne laissent rien à désirer. Il faut citer en entier cette partie remarquable de son premier discours (13 février 1883).

« Voyons donc ce que valent et ces expériences et les conclusions qu'on en a tirées. Un animal est placé dans une étuve à 65°, c'est-à-dire que son corps est enveloppé d'une atmosphère à température excessive et ne peut rayonner. D'un autre côté, ses poumons, respirant un air à 65°, la réfrigération pulmonaire ne peut pas s'accomplir ; enfin, comme il ne peut pas suer, il ne peut perdre du calorique par la peau ; de sorte que, non-seulement, il en résulte pour cet animal une accumulation de son calorique propre, mais une acquisition d'un calorique extérieur. Y a-t-il là quelque chose de comparable au milieu où se trouve un malade, l'air de la chambre étant de 15 à 18° degrés, le corps du malade pouvant rayonner du calorique, la réfrigération pulmonaire pouvant s'accomplir et la sudation s'effectuer ? »

« D'un autre côté, la mort du moineau a eu lieu avec 49 degrés dans le rectum, c'est-à-dire avec près de 50 degrés dans les cavités du cœur. Mais ce cœur

était cuit, cuit à « l'étuvée » comme le reste des muscles. Car la viande plongée pendant quelques minutes dans de l'eau à 50 degrés s'y coagule, toutes les cuisinières le savent. Or, le cœur de l'homme est à la température de 41 degrés alors que la température du rectum est à 40°5 ; à 42 degrés quand la température rectale est de 41°5, c'est-à-dire, en fait, de 7 à 8 degrés au-dessous de la température du moineau cuit dans son étuve... Vit-on jamais des choses moins comparables ?

« Mais si l'hyperthermie de 41 ou de 42 degrés était la cause de l'altération musculaire et plus particulièrement de la dégénérescence vitreuse, on devrait voir se réaliser ces altérations toutes les fois qu'existe cette température excessive. Or, on observe cette hyperthermie dans quelques cas de pneumonie et de rhumatisme et alors non seulement le malade ne meurt pas toujours, mais on n'observe pas, quand il meurt, ces dégénérescences musculaires ; ce qui prouve bien que celles-ci sont le fait de la fièvre typhoïde et non de l'hyperthermie. D'ailleurs, il est des cas incontestables où la dégénérescence de Zenker a été observée chez des typhoïdiques qui, pendant la vie, n'avaient pas présenté une température supérieure à 39 degrés. Donc encore les explications de Claude Bernard n'expliquent rien et sont absolument inacceptables.

« Si la dégénérescence de Zenker était due à l'hyperthermie, on devrait l'observer dans tous les muscles et de préférence dans les muscles du cœur comme dans ceux qui sont profondément situés, et

non point dans quelques muscles isolés qui sont précisément les plus superficiels et les moins chauds. Donc enfin, il faut chercher à cette dégénérescence une autre cause que l'hyperthermie. Cette autre cause, c'est la nature même de la maladie infectieuse. Et ce qui le démontre bien, c'est que la dégénérescence vitreuse peut être observée en dehors de toute hyperthermie, puisqu'un savant médecin militaire, M. le professeur Valin, a observé cette dégénérescence vitreuse chez des malades atteints de *typhus ambulatorius*, dont la température ne dépassait pas 37°5. (238 à 240). »

Ajouter la moindre réflexion, le plus simple commentaire, à une telle critique et à une telle démonstration, serait faire injure au lecteur.

VIII. MICROTHERMOPYROGÉNIE.

Le dogme de l'hyperthermie dans la théorie de Brand est plus absurde encore : « ce n'est plus de la folie, cela confine presque à la démence », dit M. Peter. Brand voit une analogie entre le processus typhique et celui de la fermentation, entre la chaleur développée dans le premier et la chaleur développée dans le second ; il pousse la comparaison jusqu'à l'identité, en constatant que la réfrigération arrête le développement de la chaleur chez le typhique comme dans le liquide en fermentation ; que la température s'accroît de nouveau chez le malade et dans le liquide, quand on soustrait l'un et l'autre à la réfrigération.

« Les deux processus peuvent se comparer terme

à terme, ajoutent les sectateurs de Brand (j'allais dire les sectaires), dit M. Peter... Mais ne voit-on pas qu'ici Brand fait reposer sa théorie sur trois postulats ?

« Premier postulat : il suppose que la *maladie* est une fermentation ;

« Deuxième postulat : il suppose que cette *fermentation* morbide hypothétique engendre la chaleur fébrile ;

« Troisième postulat : il suppose que le refroidissement arrêtant la fermentation des substances organiques *mortes* (telle que de la décoction d'orge), il agira de même pour les substances organiques vivantes ; mais alors il devrait ramener le corps de l'homme à la température de 16 degrés, comme il le fait pour le mélange d'orge et de levûre : ce qui n'a pas été réalisé, que je sache (242). »

Ni applaudissements, ni marques d'approbation ou d'improbation . . . Quoi ! Cette franchise prime-sautière, ce style étincelant, ces traits légers, mais bien trempés, lancés d'une main sûre et pénétrant profondément, cette dialectique mordante et serrée comme celle des Provinciales ; ce langage d'un vrai savant et d'un grand médecin, toutes ces qualités qui rendent l'éloquence de M. Peter si séduisante ne parviennent pas à émouvoir l'Académie : ah ! c'est que la secte est toute puissante ; elle est la majorité ; elle a la colère froide. Mais au dehors, dans tout le public médical, quel triomphe pour M. Peter ! Quelles ovations dans la presse ! Sa parole a porté bien au-delà de l'enceinte académique ; à l'étranger, comme en

France, elle a retenti comme le signal de l'affranchissement. La postérité dira que sa protestation a sauvé l'honneur de la science contemporaine.

CHAPITRE V

MICROPROPHYLAXIE.

I. LE PROGRAMME.

Les microbes ont la vie dure ; quelques-uns résistent à des températures de plus de cent degrés. Ainsi en est-il de la microgénie, de la micropyrogénie, solidaires, de par Brand et M. Bouley, de la thermogénie. Elles plient et ne rompent pas ; sous les coups de la critique elles se redressent ; on les croit mortes, elles renaissent de leurs cendres ; hors de combat, pour ne pas dire plus, en étiologie et en pathologie, elles reparaissent plus audacieuses sur le terrain de la prophylaxie.

« Messieurs, s'écrie M. Bouley, dans la séance du 6 mars, c'est surtout à l'endroit de la prophylaxie des maladies virulentes que la doctrine microbienne a donné les résultats les plus merveilleux : s'emparer des virus les plus mortels, les soumettre à une culture méthodique, faire agir sur eux des agents modificateurs dans une mesure calculée et réussir ainsi à les atténuer à des degrés divers, de manière à faire servir leur force réduite, mais encore efficace, à transmettre une maladie bienfaisante, à la suite de laquelle l'immunité est acquise contre la maladie

mortelle : Quel rêve ! et ce rêve, M. Pasteur en a fait une réalité. On peut dire avec le poète que :

Jamais rien de tel n'avait luit.

« Jamais, depuis les commencements de la médecine, une découverte aussi grande n'avait été faite et d'une manière plus scientifique (320-321). »

Quel lyrisme, et quel contraste avec la maigre et triste réalité !

En effet, dans la séance du 3 avril, M. Bouley fait une exposition complète de la doctrine microbienne. Inutile d'analyser ce travail remarquable ; la doctrine est trop connue ; elle est si simple, elle a été et elle est tellement vulgarisée par la presse de tout format et de tout prix ! Raspail, lui-même, avec son *Manuel annuaire de la santé*, ne fait-il pas, depuis quarante ans bientôt, — concurrence au *Roman chez la portière* ?

Deux points seulement sont à noter : M. Bouley persiste plus que jamais à confondre la virulence avec la contagion ; de plus, par un scrupule respectable, il maintient aux inoculations microbiennes le nom de *vaccination*.

Il énumère avec complaisance les découvertes de M. Pasteur dans le domaine expérimental : le charbon bactérien, la flacherie des vers à soie, la septicémie, le rouget du porc, le choléra des poules. Il y ajoute, mais timidement, les microbes de la tuberculose chez l'homme, de la rage chez le chien ; sur le premier point, les recherches de M. Koch et de M. Pasteur ne pouvant induire encore à un résultat

définitif. En ce qui regarde la prophylaxie proprement dite, tout se résume dans les inoculations charbonneuses ; aussi M. Bouley oppose-t-il aux tristesses du présent les brillantes espérances de l'avenir.

Tenez, Messieurs, dit-il : « dans les jours qui viendront enfonçons nos pensées.

« *Supposons* que la science, marchant dans la voie ouverte par M. Pasteur, *soit* parvenue à *vaccinifier* tous les virus ; ne pouvons-nous pas *pressentir* quelles immenses ressources un si beau résultat constituera pour *l'humanité de l'avenir* ? Aujourd'hui, que peut la médecine contre le choléra épidémique de l'Inde, qui fauche les populations comme la faux les épis ? Rien. C'est une fatalité qu'elles subissent. Mais *supposez* trouvé le vaccin du choléra. Voilà la pratique armée par la science d'une ressource puissante, qui lui permet de conjurer le fléau et de réduire l'immense mortalité qu'il inflige à des proportions minimales comme fait le vaccin du charbon.

« Croyez-vous que si le vaccin du choléra eût été inventé, les médecins militaires (dans la campagne de Crimée), n'eussent pas été heureux d'opposer au terrible fléau cette puissante ressource, et de couvrir immédiatement du palladium de l'immunité tant de victimes vouées fatalement à la mort ?...

« Et pour la fièvre jaune donc ?.. Et la rage ? Et la syphilis ? » (449-450). (À la fin de ce discours applaudissements répétés).

C'est l'Espérance en l'avenir !
Sans l'Espérance, etc.

Paroles et musique de Hérold, lyrisme et hypothèses de M. Bouley.

M. Bouley est enthousiaste ; il s'en honore ; il regrette de ne l'avoir pas été plus tôt comme disciple, de ne l'être pas encore assez comme apôtre, (452). L'enthousiasme l'aveugle au point de proclamer comme la plus *grande* découverte depuis les commencements de la médecine, la combinaison ou l'amalgame de trois découvertes déjà anciennes.

II. ISOMICROPROPHYLAXIE.

Cependant, en 1823, l'homœopathie de Hahnemann comptait déjà plus de trente ans d'existence. En cette même année, un vétérinaire de Leipzick, Lux, poussant la doctrine de Hahnemann à l'extrême, créa l'Isopathie ; en d'autres termes, au traitement par les *semblables*, il substitua le traitement par les *identiques*. Il fonda un journal, le *Zooiasis*, pour répandre sa théorie et sa pratique. Bientôt le Dr Weber, conseiller à la cour de Hesse, médecin du prince de Solms-Lick et Hohen Solms, suivant les traces de Lux et s'inspirant de ses principes, administre avec succès aux animaux atteints du charbon une atténuation du suc sanieux s'écoulant de la rate d'un animal mort du charbon. Il prépare les atténuations de ce suc, conformément aux procédés de Hahnemann jusqu'à la 30^e atténuation. On ne s'arrête pas là ; contre la variole, la rougeole, on emploie des

atténuations de ce qu'on suppose leurs virus, sous les noms de variolin, rubéolin ou morbilline.

On renchérit encore ; on atténue le mucopus de l'ozène, et on ne sait quoi de la gale, probablement l'acare, inconnu alors, sous les noms d'ozénine et de psorine.

Héring, le savant le plus connu des deux mondes par ses travaux de matière médicale pure, par les nombreux médicaments dont il a enrichi la thérapeutique, et surtout par ses études sur les venins des serpents, Hering partageait les vues de Lux et de Weber. Pensant à remplacer l'inoculation du vaccin par l'administration de ses atténuations à l'intérieur, il écrivait, il y a plus de cinquante ans :

« Si l'on réussit à vacciner par ce procédé, on pourrait attendre de tous les virus ce qu'on aurait obtenu d'un seul. Chaque maladie apporterait dans son *germe* son remède et son préservatif ; la contagion serait arrêtée à son début, et le premier malade servirait à guérir tous les autres. LA PESTE ET LE CHARBON PERDRAIENT LEURS TERREURS, et quelque fléau que nous apportât l'Orient, le remède nous arriverait en même temps que le mal. (Bibliothèque *Homœopathique de Genève*. Tome II, page 107). »

Ne croirait-on pas lire M. Bouley ?

En 1835, M. Theuillé, médecin homœopathe à Moscou, se rend à Constantinople pour y étudier la peste. Par l'intermédiaire d'un M. Marcaty, pharmacien du Capitan-Pacha, il se procure du pus extrait d'un bubon de pestiféré. En en préparant les atténuations il est, pendant dix heures, dans une cruelle

anxiété, tourmenté de violents maux de tête, comme si on lui enfonçait des clous dans les tempes; il éprouve des douleurs intenses aux jambes, aux cuisses, et *un bubon commence à poindre*; à ce moment, il essaie une atténuation sur lui-même, avec un plein succès. On peut lire la relation de ce fait par M. Joly, dans le tome VII de la *Bibliothèque homœopathique de Genève*. M. Joly rapporte en outre les observations d'un grand nombre de pestiférés auxquels ces atténuations ont été administrées. Il signale avec autant de sincérité les rares insuccès que les nombreux succès. Tous les détails qui précèdent sont empruntés à une brochure remarquable du Docteur H. Krüger, de Nîmes, publiée sous ce titre: *M. Pasteur et le Charbon*. (Paris J.-B. Baillière et fils. 1883).

Si M. Theuillé est encore vivant, puissent les témoignages d'une profonde admiration et d'une sincère reconnaissance parvenir jusqu'à lui! S'il est mort ignoré, que la postérité du moins conserve son nom comme celui d'un héros du dévouement à la science et à l'humanité!

Quoiqu'il en soit, un médecin distingué de Genève, Dufresne, a publié les observations de plusieurs cas de pustule maligne, guéris par l'administration de la dixième dilution centésimale de l'antracin. (*Bibliothèque homœopathique de Genève*, Tomes VII et VIII).

L'idée d'employer, pour combattre une maladie, le virus de cette même maladie et d'atténuer les virus les plus mortels pour les rendre bienfaisants, selon

l'expression de M. Bouley, vient donc de Lux, de Weber, de Hering. L'inoculation du vaccin appartient à Jenner. La prophylaxie microbienne emprunte donc son principe à l'isopathie : l'atténuation à Hahnemann, l'inoculation à Jenner. Les seules innovations consistent dans les modifications apportées au procédé d'atténuation Hahnemannien. Davaine ne l'avait employé qu'en partie. Il se servait de la dilution ; il ne la faisait pas précéder de la trituration. On connaît les procédés de MM. Chauveau et Toussaint, sommairement ceux de M. Pasteur. L'expérience seule fixera la valeur des uns et des autres.

Après cela, comment expliquer, et le succès, et les prétentions de l'école microbienne en fait de nouveauté et de progrès, sinon par l'ignorance commune relativement aux antécédents.

Que l'Académie partage cette ignorance, cela est triste ; il n'en est pas de même pour M. Pasteur ; c'est sa gloire et surtout son bonheur ; il est, il veut rester étranger aux choses de la médecine. Ceux-là sont prédestinés aux grandes découvertes qui, n'en connaissant aucune du passé, ont à les faire toutes, ou plutôt à les refaire, depuis les plus anciennes jusqu'aux plus récentes ; telle est sa devise et il la justifie avec éclat.

Certainement, M. Pasteur ne connaissait ni Lux, ni Weber, ni le remarquable passage de Hering cité plus haut, ni même peut-être Hahnemann, avant que lui vint l'idée de l'inoculation préventive du choléra des poules. Comment il y a été conduit, M. Bouley l'a raconté en termes vraiment émouvants

à l'Académie. Eh bien ! de même que Pascal, sans le moindre principe de géométrie, est arrivé, enfant, par les seuls efforts de son travail et de sa raison, à la 32^{me} proposition d'Euclide, de même, ne possédant aucune des notions rassemblées sur le sujet avant lui, uniquement par son génie et sa patience d'observateur, par son habileté d'expérimentateur, M. Pasteur est arrivé aux propositions de l'Isomicroprophylaxie.

Pour ses collègues de l'Académie, au contraire, la devise de M. Pasteur est un paradoxe ; s'ils ont beaucoup su, ils ont encore plus oublié ; mais ils se gardent bien de découvrir quoi que ce soit, trop heureux d'accepter comme nouvelles toutes les vieilles lunes d'antan.

III. LA RÉALITÉ.

Il s'agit d'espérances ; pour les réaliser, l'école microbienne, comme tout prétendant avisé, demande du temps. Qu'à cela ne tienne ; M. Bouley est habile autant que savant, et ce n'est pas peu dire. Il fera prendre patience à l'Académie et au public. En attendant l'avènement de l'isomicroprophylaxie, il offre la prophylaxie par l'hydrogène sulfuré.

D'après les expériences du docteur Froschauer, de Vienne, l'hydrogène sulfuré empêche les moisissures de se développer sur un morceau de citron exposé à l'air ; il rend les souris réfractaires à l'inoculation du microbe de la septicémie, et les moutons inattaquables par l'inoculation du virus de la clavelée.

M. Bouley espère qu'on tirera de ces expériences les applications les plus heureuses. Hélas ! l'espérance ne repose que sur une induction tirée elle-même d'une hypothèse. « Si, dit-il en effet, en laissant des moutons, intentionnellement contaminés, respirer dans une atmosphère qui renferme une proportion d'hydrogène sulfuré compatible avec la santé, ou transforme le milieu intérieur du mouton en un milieu qui n'est pas favorable au développement de l'agent de la virulence clavelleuse, et si l'on prévient ainsi le développement de la maladie, auquel cet élément aurait donné lieu par pullulation, *ne peut-on pas augurer* de ces expériences qu'en recourant au même moyen dans des salles où les varioleux peuvent être contaminés par la variole, on préviendrait chez ceux-ci le développement, c'est-à-dire la pullulation du microbe infectieux. Cette conclusion est très autorisée, ce me semble, et il y a lieu d'instituer des expériences dans cet ordre d'idées, non-seulement pour la variole, mais pour d'autres maladies contagieuses, comme la diphthérie par exemple (322). »

A ces prévisions optimistes de M. Bouley, M. Peter riposte vivement par une spirituelle épigramme :

« L'hydrogène sulfuré ! Trop heureux les vidangeurs,
.... Sua si bona nòrint ! »

L'hydrogène sulfuré est aussi nuisible à l'imagination qu'à la respiration ; il est mortel pour l'enthousiasme ; aussi M. Bouley répond-il à M. Peter avec un grand sang-froid et une certaine dignité : « Cette

induction très autorisée, me *semble-t-il*, devient pour M. Peter motif à plaisanterie. Il chante, à cette occasion, avec des réminiscences virgiliennes, le bonheur des vidangeurs. Eh bien ! ce bonheur, au point de vue pathologique, il est peut-être plus réel que M. Peter n'a l'air de le croire, et l'expérience de M. Froschauer en donnerait l'explication. *S'il est vrai*, comme on s'accorde à le dire, que les vidangeurs aient livré peu de victimes au choléra ; *s'il est vrai* qu'ils soient peu susceptibles de gagner la fièvre typhoïde, est-ce que cela ne *dépendrait* pas de ce que leur milieu intérieur, modifié par les gaz qu'ils respirent, ne constituerait pas un milieu de culture favorable au développement des germes des maladies dont ils paraissent garantis par privilège de profession ? Ce point de vue n'a pas échappé à l'expérimentateur de Vienne. Et le rapport entre cette immunité professionnelle et les résultats de ses expériences a été signalé par lui. » (434).

Ce n'est pas seulement sur la respiration et l'imagination, mais plus encore sur le style, sur la clarté, sur le raisonnement, que l'hydrogène sulfuré exerce une influence délétère.

Ainsi, l'immunité professionnelle des vidangeurs est affirmée à la fin de ce passage et ne repose que sur une induction, une apparence, plusieurs suppositions, toutes soulignées.

Ce qui, sans doute, a choqué M. Peter dans les idées de M. Bouley, c'est la doctrine microbienne à outrance, aboutissant à un système que les contradictions font craquer de toutes parts. Ainsi on ino-

cule un seul microbe à un organisme capable de lui servir de *milieu de culture* ; que se passe-t-il ? « A la suite de cette inoculation, dit M. Bouley, la pullulation commence et l'observation expérimentale démontre que la parcelle infiniment petite, qui a étéensemencée, est devenue le nombre infiniment grand. Quelle autre *force que celle de la vie* peut produire cette multiplication ? (428). »

Si on fait tomber une goutte de sang charbonneux dans un milieu approprié, les bactéries charbonneuses y foisonnent, après vingt-quatre heures, sous un format singulièrement agrandi (429).

« Prenez maintenant, continue M. Bouley, une goutte de ce liquide de culture, et ensemencez avec elle un deuxième vase renfermant le même liquide : même phénomènes. De même pour un troisième, un quatrième, un centième, un millième, un millionième, etc., indéfiniment. N'est-ce pas là, je le demande, une image frappante du phénomène de la contagion, réduit à ce qu'il a de fondamental, et évoluant sous les yeux de l'observateur ? Quelle différence ferez-vous entre un mouton dont le sang servira de milieu de culture à la bactériodie, et le vase rempli d'un liquide propre à la nutrition de ce microbe ? Et quand je ferai passer, par l'ensemencement de l'inoculation, la bactériodie du mouton malade à un mouton sain, quelle différence ferez-vous, au point de vue fondamental, entre les effets de l'ensemencement d'un mouton à l'autre, et d'un vase à l'autre ? (430). »

Comment ! M. Bouley se pâme d'admiration devant l'énergie vitale du microbe, et il fait abstraction

de la vie chez le mouton. Si la vie est une force, elle peut résister comme elle peut agir. Aussi le microbe résiste-t-il à toutes les atteintes. Mais le mouton, c'est autre chose ; ce n'est qu'un vase, un contenant ; son contenu n'est qu'un milieu de culture, l'habitat préparé pour le microbe ; son sang, ses liquides, ses tissus, en sont les aliments. Il n'en est pas autrement de l'homme ; M. Bouley l'a dit : En dehors des microbes rien n'est actif.

Là est le fondement de toute la doctrine microbienne, confondant, comme on ne le sait que trop, la vie et la fermentation, le microbe et la maladie, la chaleur et la fièvre, la virulence et la contagion, l'inoculation et l'infection, et pour comble, la contagion avec la reproduction ! Or, toutes les quantités égales à une autre étant égales entre-elles, quelle série, aboutissant à cette équation suprême entre ces trois termes, l'homme, le mouton et un tonneau !

A l'Académie, des applaudissements répétés saluent, et les hypothèses, et les confusions, et les espérances, et les illusions, et les dithyrambes de M. Bouley, et jusqu'à son équation finale !!

C'en est trop ! M. Fauvel intervient ; il fait ses réserves ; à la prudence du sage joignant la résignation d'un Osmanli, il s'exprime en ces termes : « Ce qui, pour le moment, nuit le plus aux recherches de M. Pasteur aux yeux du public, c'est cette *furia* microbienne qui s'est emparée des esprits et qui jette la confusion dans la pathologie. Il n'y a pas lieu en ce moment de songer à y mettre obstacle. Il

faut *laisser passer le torrent*, en attendant que l'avenir dise le dernier mot (466).»

Mais l'avenir, votre *Deus ex machinâ*, est aussi le Dieu de l'école microbienne. Allah ! Laissez passer le torrent !

Echappant à ce fatalisme oriental, déjà M. Peter s'est courageusement jeté en travers du courant. C'est à propos de la prophylaxie qu'il a vigoureusement attaqué la microbiatrie sur tous les points.

IV. LA MICROBIATRIE.

C'est en vain qu'au début de son troisième discours M. Peter cherche, par pure précaution oratoire, à maintenir une distinction entre la chimiatrie et la doctrine microbienne, entre M. Pasteur et ses disciples. « Messieurs, dit-il, la discussion a pris enfin l'ampleur que je lui souhaitais. Il ne s'agit plus du traitement de la fièvre typhoïde, il ne s'agit plus même de cette fièvre ; il s'agit d'une grande doctrine et d'un grand homme, il s'agit de la doctrine nouvelle des maladies infectieuses, il s'agit de M. Pasteur (357). »

Vainement il essaie d'opposer M. l'asteur à Brand, par cette déclaration : « Non, ceux que j'ai désignés, et je l'ai fait assez clairement, ce sont ceux qui, comme Brand et ses disciples (car ce médecin a des disciples), voient dans la maladie une fermentation, et dans la chaleur morbide un produit de cette fermentation. C'est une doctrine absolument inverse de celle de M. Pasteur (357). »

Est-ce que M. Bouley, l'apôtre le plus ardent de la doctrine microbienne, n'a pas identifié la microthermogénie avec la microthermopyrogénie de Brand ? A l'instant même, M. Peter réduit l'une et l'autre hypothèse à l'absurde, par cet argument irréfutable :

« Mais ne voit-on pas que si la chaleur morbide était le produit d'une fermentation, et si la fermentation est « fonction d'un élément vivant » (expression de M. Bouley), toute maladie avec hyperthermie est une maladie avec fermentation, et dans l'espèce, une maladie à microbes. Voilà, par conséquent, les phlegmasies, maladies à hyperthermie, qui deviennent des maladies à microbes. Ainsi la pneumonie, la pleurésie, la péricardite ; ainsi le rhumatisme, toutes ces maladies hyperthermiques sont des maladies infectieuses (364). »

La vérité est plus forte que les conventions académiques. Aussi éclate-t-elle soudainement dans ce passage :

« Il n'y a pas à se le dissimuler, la médecine traverse une des phases les plus critiques de son évolution. Elle est de toutes parts envahie, ici par les chimistes, là par des physiciens, plus loin par des physiologistes. Que dis-je ! pour certains il n'y a plus de médecins ; Rome n'est plus dans Rome, *elle est tout autre part.* »

Il faut lire l'admirable parallèle entre la physique, la chimie, la physiologie et la médecine, considérées respectivement dans leur objet, leurs principes, leur méthode, leurs procédés et surtout leur esprit. Il justifie amplement ces définitions.

« La chimiâtrie est la réduction des actes de la vie, saine ou morbide, aux phénomènes physico-chimiques (357). »

« Le chimiâtre est un homme pour lequel la vie semble avoir quelque chose de désobligeant ; il croit faire acte honorable et œuvre utile en cherchant à démontrer que la vie n'existe pas et qu'il n'y a au fond de tout ce que l'on a désigné sous ce nom que des phénomènes physico-chimiques (358). »

Quant à la doctrine microbienne, proprement dite, abstraction faite de l'équation finale de M. Bouley, M. Peter croit pouvoir la résumer ainsi :

« Toute maladie contagieuse *doit* avoir son élément vivant ; tantôt cet élément vivant est figuré, c'est un microbe. Tantôt cet élément vivant n'est ni spécifique ni figuré. Les premières de ces maladies sont les maladies virulentes ; les secondes, contagieuses, sont encore de nature indéterminée quant à l'agent de leur contag.

« Les maladies virulentes ont nécessairement chacune son microbe particulier, spécifique.

« Et allant plus loin encore on a dit : le virus c'est le ferment (372). »

Le microbe particulier à chaque maladie étant connu, aucune complication, aucun phénomène pathologique, depuis le plus simple jusqu'au plus complexe, ne sera rendu plus intelligible.

En 1870, M. Alphonse Guérin, s'inspirant des idées de M. Pasteur, imagine le pansement ouaté pour

préserver les plaies des *germes ou ferments*, contenus dans l'air ambiant. Il réalise ainsi un double avantage : le pansement rare ainsi que la compression douce et élastique. Non moins juste pour le pansement proposé par Lister, d'après les travaux de M. Pasteur, M. Peter en montre les résultats : « C'est grâce à ce procédé et à des procédés qui s'en inspirent (auxquels sont associés d'ailleurs *mille soins de propreté minutieuse*), c'est grâce surtout à l'absence d'encombrement que sont dues la disparition à peu près complète de l'érysipèle traumatique, de l'infection purulente, et la diminution de fréquence de la fièvre puerpérale (396). »

En médecine, contre toutes les maladies, l'école microbienne n'espère pas de la *vaccination pastorienne* des résultats moindres que du pansement Lister en chirurgie.

« L'atténuation des virus, dit M. Peter, est obtenue par M. Pasteur sous la double action de l'air et du temps.

« Nous allons voir que le virus atténué ne l'est pas tellement que son inoculation ne produise les accidents qu'on voulait précisément conjurer.

• Je pourrais discuter ici la propriété du terme de *vaccination* ; il y a là, en effet, une déviation complète de l'idée de Jenner, qui était de donner à l'homme une maladie bénigne, *toujours* bénigne (le cow-pox), *analogue* à une maladie grave, parfois maligne (la variole), pour le préserver de celle-ci. Tandis qu'en fait, ce que M. Pasteur appelle une *vaccination*, n'est autre que l'inoculation d'un virus qui donne à

l'organisme une maladie virulente plus ou moins grave, destinée à préserver de cette même maladie.

« Au fond, la méthode de M. Pasteur, c'est le retour à l'inoculation. (397-398.) »

Or, les accidents les plus redoutables peuvent provenir des inoculations préventives, même avec des virus très atténués. M. Peter invoque l'autorité de Trousseau. Il lit à l'Académie la consciencieuse étude faite par ce grand médecin sur l'inoculation et qui se termine ainsi :

« Si, dans quelques cas, je suis arrivé à n'avoir que la pustule d'inoculation, dans d'autres, en opérant avec le même virus, j'ai vu des éruptions générales, et qui pis est, j'ai vu alors la variole se communiquer à des personnes qui n'avaient point été inoculées. J'ai vu LA VARIOLE reprendre TOUTE SON ÉNERGIE PRIMITIVE, après avoir été inoculée successivement à une série d'individus.. Voilà les inconvénients de l'inoculation : d'une part la crainte où l'on est de donner à celui que l'on y soumet une variole sérieuse ; d'autre part, la dangereuse possibilité de la voir devenir un foyer de contagion. »

« Telle est, ajoute M. Peter, l'objection qu'avait faite aux inoculations de M. Pasteur notre collègue M. Jules Guérin. (393.) »

Il n'est pas douteux, pour M. Peter comme pour tous les cliniciens, que le support vivant n'exerce sur le développement du virus atténué artificiellement, une influence aussi considérable que sur celui du virus faible, atténué spontanément. Chaque jour, malheureusement, cette influence se traduit par la

constatation de la maladie la plus grave communiquée par la plus bénigne.

Ces prémisses posées, M. Peter discute minutieusement les prétendus triomphes des inoculations microbiennes préventives, et il arrive sans peine à prouver :

« 1° Qu'on n'est jamais sûr de n'avoir pas d'accident, particulièrement à la suite de la seconde inoculation ;

« 2° Que l'immunité n'est pas sûrement obtenue malgré deux inoculations préventives ;

« 3° Que les maladies à microbes connus et à microbes encore inconnus sont des maladies récidivantes ;

« 4° Que, pour le charbon, chez l'homme, après une première atteinte, chez les animaux après une ou plusieurs inoculations, rien n'est plus fréquent que la récidive. (408.) »

Dès lors, si l'immunité existe, elle n'est que temporaire ; « voilà donc l'homme, dit M. Peter, obligé de se revacciner incessamment de toutes les maladies virulentes des animaux et de toutes celles qui lui sont propres, ainsi que des maladies contagieuses et infectieuses.

« Une objection non moins pratique et qui surgit tout à coup, c'est que si la vaccination pastorienne produit chez les animaux des accidents, et ils sont incontestables (je dis des accidents mortels), cette même vaccination pastorienne en produira de semblables chez l'homme.

« L'application des doctrines pastorienes du bé-

tail à l'homme cesse d'être praticable et tout l'échafaudage théorique édifié à cet égard croule aussitôt. » (409.)

Malgré cet écroulement de la théorie sous la critique, les applications de l'homme à l'homme ne restent pas moins menaçantes.

Heureusement, dès le début de la discussion, M. Proust a annoncé à l'Académie que, malgré les recherches les plus minutieuses, ni M. Pasteur, ni ses élèves, n'ont pu encore découvrir le microbe spécifique dans le sang des malades atteints de fièvre typhoïde. (1233.)

M. Pasteur a combattu la génération spontanée en physiologie, il combat la spontanéité morbide en pathologie. Il attribue les maladies à des microbes, dont les œufs microscopiques, ou plutôt les germes, sont *partout répandus*. Il oublie que les maladies ne sont pas des êtres, mais bien un ensemble de phénomènes se succédant dans un organisme dont les organes sont altérés ou les fonctions troublées. Aussi toute sa pathogénésie ou microgénie repose-t-elle sur des hypothèses, des contradictions ou une interprétation erronée des faits. « Deux mots, dit M. Peter, sur la spontanéité morbide : son intervention est évidemment nécessaire, même avec les microbes puisque, suivant M. Pasteur lui-même, le microbe, *peut exister en nous, latent et inerte*, et n'acquiert de puissance morbifique que sous certaines conditions déterminées par M. Pasteur lui-même.

« Les faits, dit M. Pasteur, peuvent servir à rendre compte de la *disparition dite spontanée* de ces

« fléaux ; une épidémie qu'un affaiblissement de son
 « virus a éteinte, peut naître par le *renforcement* de
 « ce virus sous *certaines influences* ».

« Les récits que j'ai lus d'apparition spontanée de
 « la peste *me paraissent* en offrir des exemples ;
 « témoin la peste de Benghazi en 1856-1858, dont l'é-
 « closion n'a pu être rattachée à une contagion d'ori-
 « gine. (M. Pasteur veut dire à une origine contagieu-
 « se). La peste ~~est~~ une maladie virulente propre à cer-
 « tains pays. Dans tous ces pays son virus atténué
 « doit *exister*, (ceci est une pétition de principe), doit
 « *exister* prêt à y *repandre* sa forme active, quand
 « des conditions de *climat*, de *famine*, de *misère*, s'y
 « montrent de nouveau.

« Il est d'autres maladies virulentes qui apparais-
 « sent spontanément en toutes contrées ; tel est le
 « typhus des camps.

« SANS NUL DOUTE (sans nul doute ! mais c'est pré-
 « cisément ce qui est à démontrer), sans nul doute,
 « DONC, les germes des microbes, auteurs de ces der-
 « nières maladies, sont partout répandus (encore la
 « même pétition de principe).

« L'homme les porte sur lui ou dans son canal
 « intestinal, sans grand dommage, ~~mais~~ prêts à de-
 « venir dangereux, lorsque, par des conditions d'en-
 « combrement et de développements successifs à la
 « surface des plaies, dans *des corps* AFFAIBLIS ou au-
 « trement, leur virulence se trouve progressivement
 « renforcée. »

« Dans ce passage, où les affirmations sont prises
 pour des preuves, et qui n'est qu'une suite de péti-

tions de principe, M. Pasteur en arrive à admettre la *prédisposition*, la *réceptivité* que crée la mauvaise hygiène ; mais la « vieille médecine » ne parle pas autrement !

« J'ajoute, et c'est là une objection fondamentale aux doctrines de M. Pasteur, que le microbe, même atténué, peut reprendre sa virulence première qui lui est propre, par suite des conditions du milieu vivant, *milieu de culture inverse* de celui, de M. Pasteur, et qu'il reconnaît lui-même, ainsi qu'il résulte de la citation que je viens de faire. De sorte qu'enfin c'est la SPONTANÉITÉ de l'organisme qui constitue le danger des inoculations. (413-414.) »

Bien longtemps avant que M. Pasteur admît dans l'organisme humain, à l'état normal, les germes des microbes, M. A. Béchamp les avait découverts et décrits sous le nom de *microzymas*. C'est dans l'organisme malade et par la maladie que le microzyma évolue et devient microbe. Mais, même dans cet état, il ne se répand pas dans l'air : « la preuve, dit M. A. Béchamp, c'est que jamais on n'a pu communiquer une maladie caractérisée, fièvre typhoïde, syphilis, variole, etc., en prenant un microbe dans l'atmosphère, ce que le système aurait dû faire s'il l'avait pu. » (414.)

M. Peter ne se contente pas d'avoir ainsi montré M. Pasteur en contradiction avec lui-même, il lui oppose encore M. Chauveau et M. Koch, deux grands pontifes de la microbiologie, puis M. Robin et, enfin, les expériences décisives de M. Onimus.

Ainsi, selon M. Pasteur, les bactéricidies charbonneu-

ses (microbes aérobies) outre leur action chimique (désoxygénation du sang), agissent mécaniquement pour causer la mort en envahissant les capillaires.. Elles agissent par leur nombre et en raison de leurs propriétés, non par une action spécifique. Or, M. Chauveau constate que les animaux meurent du charbon sans présenter beaucoup de bactériidies. Ils ne meurent donc pas par asphyxie, mais bien par l'action toxique d'une matière spéciale due à la fermentation bactériidienne. Leur sang poisseux, *même dépouillé de toute bactériidie* par le filtrage sur le plâtre, communique la même altération au sang frais et sain. Pour expliquer ce fait, M. Pasteur *suppose* une matière, *peut être* une diastase, formée par les bactériidies et altérant le sang.

Les moutons inoculés résistent à de nouvelles inoculations et au charbon. Pourquoi et comment? Parce que, d'après M. Pasteur, l'inoculation a privé l'organisme d'un élément nécessaire à la nutrition et à la reproduction des bactériidies. Or encore les moutons algériens jouissent de l'immunité sans inoculation et sans atteinte préalable; cette immunité native, comme l'immunité acquise chez les inoculés, est due, selon M. Chauveau, à la présence, dans l'organisme des uns et des autres, de matières nuisibles à la prolifération de la bactériidie.

Chauvel affirme que la septicémie chirurgicale est produite par un microbe désigné par M. Pasteur sous le nom de *vibrion septique*. M. Koch n'énumère pas moins de six espèces de microbes pour autant de septicémies. (411-412.)

M. Peter cite ce passage de M. Charles Robin : « Nous verrons que, jusqu'à présent, dans l'observation des poussières, on n'est jamais encore tombé sur des germes *nocifs* ou *meurtriers*, On n'a trouvé dans ceux de l'air, qui ont été soumis à la culture, que des inoffensifs seulement. On n'a trouvé et inoculé, en fait de cryptogames meurtriers, virulents ou autres, que ceux *recueillis sur des malades* ou des cadavres dans lesquels l'action pathogénique antécédente et la mort ont été SUPPOSÉES dues à ces cryptogames parasites. On est, par suite, obligé de croire que ces levûres ou ferments, *entrés inoffensifs, sortiraient MEURTRIERS*, virulents, etc., de l'organisme mort, ou encore vivant, mais malade, varioleux, cholérique.....

« En résumé, nous voyons : 1° que pour Tyndall, le corps est ouvert à l'entrée, et fermé à l'issue des germes ;

« 2° Que pour M. Pasteur, il est fermé à l'entrée (sauf les cas des plaies) avec issue possible, par les reins, de ces mêmes germes ;

« 3° Que pour M. Chauveau, le corps serait aussi apte à leur sortie qu'à leur entrée.

« En l'absence de preuves, il faut donc être réservé quand on se trouve en face d'autant d'hypothèses qu'il y a de difficultés, et sans que les auteurs se préoccupent de savoir si la dernière contredit l'antécédente ou peut tenir devant l'anatomie et l'expérience. (559.) »

C'est la confusion des confusions, s'écrie M. Peter, et il termine par ce dernier argument : « Laissez-moi

vous rappeler encore les expériences si probantes de M. Onimus, quant à la non virulence naturelle des bactéries, qui n'ont en réalité qu'une virulence d'emprunt.

« M. Onimus a montré que du sang venant des individus atteints des affections dites fièvres *typhoïdes* chez l'homme, le porc, le cheval, soumis à la dialyse, donne en quelques heures un liquide rendu lactescent par les bactéries qui s'y développent et qui ne diffèrent pas de celles du sang, dont elles ne sont séparées que par le papier dialyseur. Or, injectées sur les lapins, elles restent inoffensives, alors que le sang qui a fourni l'eau et les composés dialysables, où elles se sont formées, reste infectieux. Il en conclut avec raison que ce ne sont pas les bactéries qui sont virulentes, mais le plasma sanguin en entier. » (561.)

Donc, en résumé, les microbes de l'air ne sont pas infectieux ; ils ne sont pour rien dans la production et le développement des maladies, de la fièvre typhoïde en particulier. Cela a été amplement démontré aux chapitres de l'Hygiène étiologique et de la Pathologie. Cette démonstration est appuyée par les plus grandes autorités ; elle est confirmée non-seulement par M. Béchamp, mais encore par M. Ch. Robin. Enfin celui-ci va plus loin et, avec M. Onimus, il déclare que le microbe n'est pas virulent, que seul le liquide où il se développe est virulent, si ce liquide provient d'un malade ou d'un cadavre présentant la virulence.

Là est le danger. Pour les inoculations préventi

ves, ce n'est pas le microbe qu'on atténue, mais le virus ; et, de l'aveu même de M. Pasteur, le microbe, lisez *virus*, est apte, après de nombreuses atténuations et à longue échéance, à la reviviscence, au renforcement. Sur ce point, dans sa communication lue en séance, M. Pasteur garde le silence. Il se contente de justifier assez élégamment l'expérience de la poule rendue inoculable par le refroidissement. Il se défend énergiquement de s'être trompé, comme l'a prétendu M. Peter, sur la maladie nouvelle provoquée par la salive d'un enfant mort de la rage. M. Peter a cité les objections des vétérinaires de Turin réunis en commission ; M. Pasteur leur oppose les résultats de la *merveilleuse* expérience de Pouilly-le-Fort. Des cas de mort ont été constatés, par des vétérinaires français, à la suite d'inoculations de son virus préservatif ; ils ont été signalés notamment par MM. Weber et Martin ; M. Peter a insisté sur ce point ; M. Pasteur répond avec une fierté égale à sa conviction :

« Et de quoi s'agit-il ? d'une méthode de prophylaxie *certaine et absolue*. Je répète *certaine et absolue* ; car les *accidents constatés et qui déjà ne se reproduisent plus, n'ont pas été le fait de la méthode prise en elle-même* ; d'une prophylaxie dont la durée d'immunité comparée aux durées respectives de la *vie humaine et des moutons*, comparée surtout à la durée de la vie économique de ces derniers, est bien supérieure à la durée d'immunité acquise par la vaccine humaine contre la variole. C'est en face de la prophylaxie de la maladie la plus mortelle, le char-

bon, effroi de l'agriculture depuis tant de siècles, prophylaxie qui, dans sa première année d'application, a supprimé dans les troupeaux les neuf dixièmes de la mortalité; c'est en présence de pareils faits que vous exercez votre ironie.» (513-514).

Avec un légitime orgueil, M. Pasteur rappelle ses quarante ans de labeur en chimie, en physique, en physiologie, études qui l'éloignent des choses de la médecine (512). Il invoque l'autorité de M. J.-B. Dumas à l'appui d'une théorie éminemment originale: ne rien connaître d'une question est une condition pour la mieux traiter. On est moins exposé à faire fausse route sous l'influence des erreurs acceptées. On n'a d'autres idées que celles qui viennent de ses propres observations. Le travail est plus dur, mais plus marqué d'empreinte personnelle. (511.)

Des affirmations aussi catégoriques, des dénégations aussi formelles, les deux principes de la science moderne, la négation de la tradition et le recommencement perpétuel, solennellement proclamés, tout cela, tombant de si haut, ne pouvait qu'éblouir, fasciner des auditeurs déjà convaincus et plus que sympathiques. Aussi, les applaudissements éclatent-ils en salves répétées.

Seul, M. Peter garde son sang-froid. « On reste frappé de stupeur quand on vous entend dire ces choses, » reprend-il, s'adressant à M. Pasteur (555.) Puis, il reproduit une à une les preuves des dangers des inoculations et des accidents mortels à leur suite. Quant à la *certitude absolue* de la prophylaxie, il ajoute: « Il y a d'ailleurs à vos inoculations une ob-

jection préalable à soulever : c'est que votre virus atténué est de fabrication humaine, et que, comme tel, il vaut les soins qu'on y met.

« Je veux dire que votre virus est préparé et manipulé par vos aides. J'accorde que tant que vous serez là, il sera bien préparé. Mais quand vous n'y serez plus ! abandonné alors à l'incurie possible de préparateurs insouciants et irresponsables, que deviendra votre virus atténué et surtout que deviendront les inoculés ?

« Au contraire, le virus-vaccin est tel que nous le fournit l'organisme de la vache ou de l'homme. Nous n'y intervenons pas. Il n'y a donc aucune parité à établir entre vos virus et le vaccin, entre vous et Jenner. (55o.) »

La critique de M. Peter reste donc irréfutée et irréfutable. Aussi l'a-t-il, à bon droit, magistralement résumée dans les trois propositions suivantes :

- 1° Les inoculations microbiennes sont dangereuses ;
- 2° L'immunité qu'elles confèrent est fugitive ;
- 3° Elles ne sont pas actuellement applicables à l'espèce humaine. (55o.) »

En dehors de l'Académie, il n'est aucun médecin qui n'ait lu l'admirable péroration de M. Peter, et qui n'y ait applaudi. Il n'en est aucun qui ne la relise avec satisfaction et qui n'y applaudisse plus vivement encore.

En voici le passage le plus important :

« Il m'est impossible cependant de ne pas dire, en terminant, qu'il ne s'agit ici ni de M. Pasteur ni de moi ; qu'il s'agit de la médecine menacée par l'inva-

sion des incompetents, des imprudents et des chimériques. C'est pourquoi je suis intervenu ; c'est pourquoi j'interviendrai encore et toujours.

« Il y a d'ailleurs dans cette affaire trois questions absolument distinctes :

« 1° M. Pasteur et ses expériences ; cela regarde la science pure ;

« 2° Les applications de ces expériences aux animaux ; cela regarde les vétérinaires ;

« 3° Les applications de ces expériences à l'homme ; cela regarde les médecins. Et je ne peux m'en désintéresser ; j'ajoute que je ne le dois pas.

« Là, en effet, se trouve un double péril : *péril social*, l'homicide ; *péril intellectuel*, la déraison.

« Déjà, à l'étranger, on qualifie durement ce que l'on appelle le fanatisme français pour le microbe. (*Microbie-fanatismus*) (561.) »

Silence ! L'Académie a prodigué ses applaudissements aux discours et aux communications de MM. Bouley et Pasteur. Deux fois seulement elle a applaudi M. Peter : une première fois, on le sait, lorsque, dans un moment, non de découragement mais d'oubli, le mot du scepticisme est échappé à son improvisation : Rien de changé « après des siècles d'un perpétuel recommencement ! » La seconde fois, lorsqu'il a annoncé qu'il combattait à outrance la médication antiparasitaire, comme il avait fait déjà la médication antithermique. La médication antiparasitaire, bien ; mais le parasitisme c'est autre chose ; et bien vite l'Académie est revenue sur son premier mouvement. Son silence calculé est, sinon un arrêt,

du moins une leçon. Le bon sens, la raison, l'éloquence, n'ont pas plus de prise sur la coterie que sur le fanatisme. Ah ! la coterie ! !

Il reste à M. Peter le droit, et surtout le devoir, de publier à part ses cinq grands discours, sans oublier sa courte mais véhémence harangue du 10 avril 1883. Pour toute introduction il peut, empruntant le langage d'un grand écrivain après une désapprobation plus marquée, prier le lecteur de ne pas mesurer l'esprit de ses confrères Français à celui de l'Académie nationale.

CHAPITRE SIXIÈME.

LA THÉRAPEUTIQUE.

I. — LE PROBLÈME.

Sur le terrain pratique, la lutte devient plus ardente, la mêlée générale ; l'intérêt va croissant ; hélas ! il devient affreusement dramatique.

En 1881 M. Vulpian *avait émis la pensée* « qu'il serait utile de faire de nouveaux efforts pour essayer d'anéantir, au moyen d'agents antiseptiques, le poison typhique dans l'intestin (941). » Le 22 août 1882, au début de la discussion, il émet une autre pensée. « C'est dans le sang, dit-il, dans les organes où le sang le conduit, dans tous les tissus, qu'il faudrait pouvoir atteindre l'agent de la fièvre typhoïde. (942.) »

Cela paraît clair au premier abord, assez du moins pour faire de M. Vulpian un partisan déclaré de la médication antiseptique ou mieux antiparasitaire.

Il n'en est rien ; M. Vulpian admet que ses antiseptiques, tous antiparasitaires, salicylate de bismuth ou de soude, acide salicylique, acide borique, acide phénique, phénate de soude, etc., sont antipyrétiques, antithermiques surtout. Il va même jusqu'à leur attribuer une action générale : antithermiques, parce que, et non quoique antiparasitaires ; antipyrétiques parce qu'antiseptiques, et réciproquement ; à l'étalage des hypothèses tout est au choix.

Cette opinion est partagée, ou à peu près, par MM. Jaccoud et G. Sée. Le premier ajoute aux antithermiques l'alcool et l'extrait de quinquina. Le second donne le sulfate de quinine à lui seul de propriétés antiseptiques, antithermiques et, en même temps, sous-oxydantes et cardiaques.

M. Bouchardat voudrait qu'on essayât, comme parasiticide, l'essence de térébenthine ; oui, l'essence de térébenthine dans la fièvre typhoïde !! (950). M. Jules Guérin trouve que le meilleur moyen de combattre le poison ou le parasite, est de l'expulser par les évacuations. M. Hérard est éclectique ; il expérimente consciencieusement les diverses médications sans se prononcer sur la valeur d'aucune ; même il emploie quelquefois l'ergot de seigle préconisé comme un spécifique par M. Dubouée, de Pau. Pour M. Bouley, le plus sûr antithermique, et en même temps le meilleur des microbicides, c'est le bain froid, administré suivant la formule de Brand.

M. Peter, en clinicien et d'un point de vue élevé, montre le vice radical des médications systématiques dans l'énoncé même du problème qu'elles se posent :

Etant donnée une maladie MULTIPLE dans ses formes (comme l'est la fièvre typhoïde), lui trouver une médication UNIQUE.

« Les termes de la question sont si manifestement contradictoires, dit M. Peter, que le problème, ainsi posé, est évidemment insoluble... D'où cette première conclusion ; que toute médication systématique exclusive dans la fièvre typhoïde est mauvaise en soi.

« Toute médication systématique implique une conception étroite, incomplète, inexacte de la maladie. Tantôt, en effet, la médication systématique vise ou la lésion, ce sera dans l'espèce l'altération des plaques de Peyer ; ou un symptôme important, ce sera l'hyperthermie ; ou la cause de la maladie, ce sera l'infection ou le microbe (232). »

En somme, trois hypothèses étiologiques, absolument comme en hygiène et en pathologie ; aussi, même résultat, avec une plus grande incertitude et une plus grande confusion encore, résultant d'une foule d'hypothèses thérapeutiques.

Aux médications systématiques, M. Dujardin-Beaumetz oppose l'expectation armée, ce que MM. Hardy et Peter appellent la médecine des indications. Mais lesquelles ? Les indications déduites d'hypothèses sur la nature de la maladie, ses formes, sa symptomatologie, et aussi d'hypothèses sur les propriétés des médicaments. La médecine des indications, cela ? Tant que les indications ne seront pas POSITIVES, ce sera la médecine de l'arbitraire ; M. Pasteur l'a bien fait voir à M. Peter.

La parole est aux faits. Ils sont exposés avec une si grande loyauté que chaque orateur, sauf une ou deux exceptions, accuse et condamne -lui-même son traitement. Les partisans d'une hypothèse et d'un traitement repoussent les autres hypothèses comme erronées et les autres traitements comme dangereux, même meurtriers. La critique est réciproque, toujours sévère : *Hypothesis hypothesi lupa*. Le malheur est que les victimes ne soient pas seulement les hypothèses et leurs applications ; il y en a d'autres ; on les compte. Ce n'est pas à qui en a sauvé le plus, mais à qui en a fait le moins.

II. HYDROTHERAPIE.

C'est à l'occasion d'une communication faite, au cours de la discussion, par un médecin de Lyon, M. Glénard, que la question de l'utilité des bains froids dans la fièvre typhoïde a été soulevée.

Peu importe que l'hydrothérapie hypothermique nous vienne de l'étranger, de Prietznitz ou de Brand ? Nous vînt-elle de Chine, comme l'inoculation, d'Amérique comme le quinquina, d'Angleterre comme la vaccine, il faudrait, si elle est utile, l'accepter avec empressement et la propager avec zèle. Si donc elle doit être proscrite, ce n'est pas en raison de son origine, mais pour ses méfaits.

Appliquée à la fièvre typhoïde, elle a pour défenseur attitré, à l'Académie, M. Bouley ; pour adversaires déclarés MM. Hardy, G. Sée, Peter, etc..

M. G. Sée, un partisan de la médication hypother-

mique, regarde le procédé de Brand comme le plus dangereux, le plus pernicieux, que cette médication ait à sa disposition. Il constate que si, physiologiquement, « les *bains froids*, abaissent la température, ils augmentent auparavant la production de la chaleur interne d'une manière très prononcée (66). » Cliniquement voici ce qui se passe :

M. Liebermeister de Bâle associe aux bains froids le sulfate de quinine et la médication salicylée.

« M. Brand emploie les bains à 20°, dit M. G. Sée ; mais voici un médecin de Munich, qui les emploie à 32° pour les refroidir ensuite jusqu'à 22°. Or, il prétend avoir les mêmes succès que MM. Braud et Liebermeister. Il est assez étrange de voir ainsi trois procédés différents donner le même résultat.

« Un autre médecin Allemand, M. Riess, est partisan enthousiaste des bains ; mais ce n'est pas la première fois qu'il est enthousiaste. Il l'a été également, et d'une manière absolue, de l'acide salicylique ; puis, tout-à-coup, il s'est aperçu que ses malades mouraient, et il est devenu partisan des bains chauds. Il y laisse ses malades toute la journée, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, et cela pendant trois semaines. Actuellement, par les bains chauds, il obtient des résultats *merveilleux*. Il est vrai qu'il en a obtenu de pareils par d'autres méthodes (94-95). »

Selon M. G. Sée, ces bains froids ne produisent que le refroidissement périphérique ; ils ne produisent pas le refroidissement de l'organisme entier. Ils excitent le centre calorigène et exagèrent ainsi la

chaleur, non-seulement pendant le bain, mais quelque temps après.

M. G. Sée, après avoir discuté l'Hydrothérapie hypothermique au point de vue de son action physiologique, a dressé contre elle l'acte d'accusation au point de vue clinique. En augmentant les diverses oxydations dans les tissus, les bains froids causent une grande déperdition ; de là, pour la compenser, nécessité d'une alimentation plus copieuse et plus substantielle, souvent impossible chez les typhiques. Ils ajoutent à la maladie des complications redoutables, souvent mortelles, la pneumonie, les hémorragies intestinales. Ainsi, sur 63 enfants atteints de fièvre typhoïde et traités par les bains froids, il y a eu dix pneumonies, proportion hors de toute mesure. Enfin, en ce qui regarde le cœur, Liebermeister dit qu'il faut y faire bien attention. Si le malade est trop *affaibli*, le bain froid est contre-indiqué ; il augmente la faiblesse générale du cœur, amène un collapsus, une réfrigération considérable, la cyanose des extrémités, et la mort peut être la conséquence (95 à 98).

M. Peter réunit les preuves les plus accablantes ; les flagrants délits éclatent au grand jour ; la condamnation s'en suit, forcée, rigoureuse, sans appel.

M. Peter a posé les principes en pathologie : « En réalité, l'hyperthermie n'est pas la cause de la gravité du mal ; elle n'est que *l'une des expressions possibles* de cette gravité. L'hyperthermie peut se montrer dans des cas qui ne sont pas graves, et ne pas survenir dans des cas qui le sont. » (p. 242).

Parlant en clinicien, il dit : « Procédant, moi aussi, par axiomes, je dirais volontiers que la tolérance pour l'eau froide est proportionnelle : 1° au besoin qu'on en a ; 2° à l'élévation de température de l'organisme. (267.) »

Il démontre cette proposition de Currie, à savoir que l'hydrothérapie n'agit pas seulement en refroidissant, mais surtout en tonifiant.

Et c'est par ce mécanisme, où plutôt par cette action vitale, physiologique, que s'expliquent les bons effets de l'hydrothérapie dans les névroses apyrétiques.

Sur ces données, M. Peter établit les indications des applications froides soit en bain, soit en lotions, dans la fièvre typhoïde :

« Quand donc la peau est chaude et sèche, qu'il y a ce que les anciens appelaient une chaleur âcre, il y a pour moi indication à employer l'eau froide : on sent *instinctivement* que cela fera du bien ; mais ce n'est pas la température axillaire qui me guide.

« Quand donc encore des troubles nerveux graves et persistants se manifestent, dès qu'il y a délire ou stupeur, ataxie ou adynamie, dès même qu'il y a une agitation considérable, une insomnie constante, en un mot un ensemble de symptômes que nos devanciers désignaient sous le nom de *malignité*, il y a pour moi indication à employer l'eau froide » (269.)

M. Peter emploie de préférence les lotions froides, en cas extrême les bains froids, et, en même temps, il donne 50 centigrammes à 1 gramme de sulfate de quinine.

On le voit, M. Peter n'est pas l'adversaire systématique de la réfrigération dans la fièvre typhoïde ; ce qu'il blâme, ce qu'il repousse, c'est la réfrigération systématiquement appliquée à tous les cas. Impossible de plaider les circonstances atténuantes en présence des résultats, ce que, par euphémisme on appelle des révers.

« Tenez, dit M. Peter, laissez-moi vous citer un fait tout récent qui s'est produit à Paris même. Une jeune malade était atteinte de fièvre typhoïde et chez elle le délire indiquait l'emploi des lotions froides ; cependant son médecin, trop au courant de la méthode de Brand, crut devoir recourir aux bains froids... Au lieu du salut, ce fut la mort. Un jour, au sortir d'un bain qui fut le dernier, la jeune malade éprouva un grand frisson, une extrême oppression ; et le médecin bientôt appelé constata une congestion pulmonaire double avec commencement de souffle. La malade mourut peu après.

« Eh bien, une saignée eût peut-être sauvé la malade ; mais on n'y songea même pas, parce que (et c'est là ce qui attend un jour ou l'autre toute médication systématique) la saignée est aujourd'hui *démodée*, parce que vous qui m'écoutez et moi qui vous parle nous n'avons peut-être pas de lancette dans notre poche.

« L'hémoptysie n'était pas un fait ordinaire dans la dothiéntérie, elle tend à le devenir aujourd'hui pour les malades auxquels on administre les bains froids.

« En tout cas, les épistaxis sont singulièrement

aggravées, et il n'est pas rare de voir des hémorrhagies de cette nature, survenant immédiatement après le bain et entraînant la mort.

« Dans un service d'hôpital où l'on a employé les bains froids, deux fois sur douze cas, on fut obligé de recourir au temponnement. . . . Ces deux malades eurent également des selles sanglantes répétées. L'un de ces malades guérit, l'autre mourut.

« Quant aux hémorrhagies intestinales, c'était le lot des bains froids coup sur coup de couper court à toute controverse quant à leur valeur pronostique, l'entérorragie qu'ils provoquent étant parfois d'une abondance rapidement meurtrière. Dans un service d'hôpital de Paris, il y eut des hémorrhagies intestinales abondantes et répétées chez cinq des typhoïdes baignés; trois de ces malades moururent. (270-271.) »

Est-ce assez? Non. M. Peter cite encore un cas d'entérorragie également mortelle emprunté à la pratique d'un professeur de clinique de la faculté qui essaya, en 1875, la médication de Brand, et que ce fait déplorable en dégoûta; puis il ajoute: « J'ai parlé de collapsus avec hypothermie; c'est là un fait, un accident possible. On voit quelquefois des malades qui après plusieurs bains froids, arrivent à 35 degrés, et rien au monde ne saurait les réchauffer; ils meurent, et si, par extraordinaire, la vie se prolonge, ils succombent avec des eschares au sacrum. . . .

« La syncope se produit quelquefois après le bain, quelquefois dans le bain. Le médecin a mis dans la baignoire un vivant et il en retire un cadavre! Voyez-

vous d'ici la situation du malheureux (c'est du médecin que je parle) ? (273.)»

Pour cette fois, c'est assez; c'est trop clair: le traitement systématique de la fièvre typhoïde par les bains froids, selon la formule de Brand, ne peut porter à son actif les malades qu'il a sauvés, mais seulement ceux qui lui échappent.

Et cette démonstration n'écartera pas le péril, n'arrêtera pas l'engouement; car M. Peter termine par cette prophétie mélancolique:

« Maintenant, Messieurs, pensez-vous que j'aie la prétention de porter la conviction dans l'esprit de tous ceux qui m'écoutent et de tous ceux qui me liront? En aucune façon? Dans la catégorie des intelligences humaines il y aura toujours les naïfs, les imprudents et les incompetents....

« Les incompetents, ce sont les savants plus ou moins teintés de médecine, ce sont aussi les gens du monde. Ah! les gens du monde! ils en parlent des bains froids, et déjà le colloque suivant s'établit entre l'homme du monde « au courant » et son médecin: « Mais docteur, il paraît qu'on vient de découvrir le moyen de guérir infailliblement la fièvre typhoïde par les bains froids; si nous en essayons! » Voilà le suffrage universel appliqué à la médecine. C'est trop! (275.)»

III. — MÉDICATIONS ARBITRAIRES SYSTÉMATIQUES.

1^o *Médication évacuante*: Evacuer le *microbe* ou le *poison* par la purgation, telle est la médication pratiquée et proposée par M. Jules Guérin. Quoique

beaucoup d'académiciens emploient encore les purgatifs, au début de la fièvre typhoïde, soit par le même motif que M. Jules Guérin, soit par habitude et pour faire quelque chose, la méthode évacuante n'a pas eu l'honneur de soulever un long débat. En quelques lignes, M. Villemin en a montré l'inanité et les dangers.

« La méthode évacuante, dit-il, est pratiquée depuis fort longtemps et si elle est un peu délaissée aujourd'hui, elle est néanmoins encore très usitée. Avec la théorie de M. Guérin, elle devrait cependant se signaler d'une façon particulière qui la mette sans conteste au-dessus de ses rivales.

« Eh bien ! je ne sache pas qu'elle ait des résultats plus brillants que n'importe quels autres moyens. Je la crois même *nuisible* très souvent.

« Si un purgatif administré au début de la maladie est inoffensif, et malheureusement tout à fait impuissant pour conjurer les progrès du mal, il n'en est pas de même des purgatifs réitérés qui *fatiguent* les malades et *aggravent* sensiblement leur état... Ils ont encore un autre tort, c'est de provoquer et de maintenir la diarrhée avec tympanisme, symptôme généralement fâcheux. (956-957.) »

Combien M. Villemin eût été plus sévère encore si, avec un grand nombre de praticiens recommandables, il eût été convaincu que, sur cent fièvres typhoïdes à Paris, il y en a bien quatre-vingts dues aux traitements nuisibles des prodromes ! Sur ces quatre-vingts cas, soixante-dix au moins, on peut l'affirmer, appartenaient aux formes ébauchées de

M. Jules Guérin ; ils ne sont devenus des cas confirmés que grâce aux purgatifs administrés contre les symptômes précurseurs.

Toutes les autres médications systématiques se proposent d'abaisser la température, soit pour tuer le microbe, soit pour enrayer la fièvre, soit pour faire d'une pierre deux coups, enrayer la fièvre et tuer le microbe.

Les désastres sont moins soudains, moins frappants qu'à la suite des bains froids ; ils n'en sont pas moins lamentables. Une simple analyse serait suspecte ; elle paraîtrait les exagérer à plaisir ; les textes seuls peuvent justifier un pareil jugement.

2^e *Médication parasiticide* : Pour tuer le microbe, ou tout au moins pour parer à l'infection, M. Jules Guérin propose le charbon végétal. M. Dujardin-Beaumetz répond que ce médicament, d'une administration difficile, pour ne pas dire impossible, n'est qu'un désinfectant, sans action aucune sur la maladie. (1296.)

M. Bouchardat conseille son parasiticide de prédilection, l'essence de térébenthine. Il regarde l'iodoforme comme un excellent parasiticide et anesthésique ; il regrette que son peu de solubilité dans l'eau soit cause de la lenteur et de l'inégalité de ses effets. Après les expériences de M. Vulpian, il ne craindra plus d'administrer à très haute dose l'acide borique, parasiticide non moins précieux. (949-950.)

Malgré cette approbation de M. Bouchardat, M. Vulpian donne la préférence à l'acide salicylique. On

Connait les deux pensées émises, l'une en 1881, l'autre en 1882, par le savant Professeur.

La première était qu'il serait utile de tenter de nouveaux efforts pour essayer d'anéantir le poison typhique dans l'intestin. « Il m'avait semblé, dit M. Vulpian, que le salicylate de bismuth, à cause de son insolubilité et de son pouvoir antiseptique, conviendrait pour de tels essais.... »

« J'ai publié les résultats de mes *essais*.. ces résultats n'ont pas été tels que je les ^{espérais}. (941 à 942.) »

De cette déception est née la seconde pensée : atteindre l'agent typhogène dans le sang, dans les organes où le sang le conduit, dans les tissus. Cette seconde pensée, M. Vulpian la développe en ces termes : « L'idéal à réaliser *serait de pouvoir* faire absorber dans le tissu cellulaire sous-cutané, par les poumons ou même par la membrane muqueuse du canal gastro-intestinal, une substance douée de propriétés antiseptiques puissantes, conservant ces propriétés après son absorption et son mélange avec le sang, et assez *peu toxique* pour qu'il puisse s'en trouver en circulation des doses efficaces, sans que l'on fasse courir aucun risque au malade traité.

« Nous n'avons pas encore été mis en possession de moyens qui nous permettent d'atteindre ce but. (943.) »

En effet, l'acide phénique est trop toxique ; on ne peut l'administrer à haute dose ; quel malheur ! Pour comble, il se transforme *probablement* en phénate de soude avant d'être absorbé ; si le phénate de soude

est un antiseptique puissant, il est aussi très toxique et l'on ne peut en faire prendre une quantité suffisante pour détruire dans tels ou tels organes les *ferments morbides*.

Impossible, dès lors, avec de tels médicaments, de tuer les microbes sans tuer le malade. Malgré tout, M. Vulpian y tient et il dit : « L'acide phénique et le phénate de soude sont pourtant au nombre des moyens qui peuvent exercer une action réelle et utile sur la fièvre typhoïde. Mais *je doute* que ce soit par influence antiseptique directe. Il est probable que ces substances agissent sur la substance organisée des éléments anatomiques, en modifiant son impressionnabilité et en y diminuant par suite l'intensité de la *déviatiou morbide* des phénomènes *physico-chimiques* qui s'y accomplissent incessamment.

« C'est de la même façon qu'il faut *sans doute* expliquer l'influence des autres agents employés comme antizymotiques dans le traitement de la fièvre typhoïde. (943.) »

Partant de cette troisième pensée, et toujours à la poursuite de son idéal qui lui échappe, M. Vulpian fait de nombreux essais. En voici un qui mérite d'être rapporté intégralement :

« Un de mes malades a pris de l'acide borique à cette dose (12 grammes), pendant vingt-quatre jours. Il s'agissait d'un cas assez léger. Au début on a constaté un abaissement progressif de la température, du neuvième jour de la maladie (37°6), jour de l'entrée à l'hôpital, jusqu'au vingtième jour (36°2). A dater de ce jour, la température se *releva* peu à peu

usqu'à atteindre 40°8 le trentième jour. On ne suspendit l'acide borique que le trente-cinquième jour (38°). Malgré l'abaissement de température, l'état du malade paraissait assez grave ce jour-là et les jours suivants. (944.) »

Pas la moindre pensée nouvelle émise à la suite de ce fait : moins absorbé à la poursuite de son idéal toujours fuyant, M. Vulpian se fût demandé quel rôle a joué l'acide borique. Celui-ci a-t-il produit l'abaissement de température du 9° au 20° jour, l'élévation de température du 20° au 30°, le nouvel abaissement du 30° au 35° ? Si oui, son action est variable, contradictoire, intermittente, nuisible même. Si la température est tout dans la fièvre typhoïde, si elle en mesure la gravité, comment l'état du malade s'est-il aggravé alors que la température a baissé ? Pourquoi l'acide borique a-t-il été suspendu à ce moment-là même ?

Enfin, les cas de forme bénigne, les cas légers de fièvre typhoïde, guérissent spontanément, sans autre médication que les soins hygiéniques ; M. Vulpian le reconnaît (300) ; M. Hérard l'affirme ; MM. Dujardin-Beaumetz, Collin et Villemin l'attestent ; MM. Hardy et Peter le proclament avec toute leur autorité. Sans médication aucune, cela est à présumer, le malade de M. Vulpian serait entré en convalescence du 20° au 25° jour et il aurait promptement guéri. N'est-ce pas, dès lors, à l'acide borique administré à haute dose pendant vingt-quatre jours qu'on doit attribuer la transformation d'un cas léger en un cas

grave, d'une fièvre simple en fièvre prolongée ou redoublée, peut-être mortelle ?

M. Vulpian croit simplement que l'acide borique n'exerce pas une action thérapeutique bien accusée. *Action thérapeutique* est une antiphrase, l'action, sinon toxique, du moins pathogénique, n'étant que trop accusée. Il dédaigne le borate de soude comme un antiseptique trop faible ; le phénate de soude n'a pas des effets très saillants ; ils sont nuls dans les cas graves ; ils se bornent tout au plus à un abaissement thermique marqué, mais passager, dans les cas légers.

3° *Médications anti-microthermiques.* Les antiseptiques ne détruisent pas les ferments morbides dans le sang, dans les organes, dans les tissus, telle est la troisième pensée de M. Vulpian. En voici une quatrième :

« L'idéal du traitement, *ce serait* d'introduire dans le sang une quantité suffisante d'un agent antiseptique capable de détruire les *produits septiques* qui l'ont envahi, de modifier l'état des éléments anatomiques et des milieux liquides de l'organisme affecté par *l'influence virulente* ; *peut-être* atteindra-t-on un jour cet idéal, mais aujourd'hui nous en sommes encore éloignés. (951.) »

Partant de cette quatrième pensée, M. Vulpian a essayé comparativement dans un grand nombre de cas de fièvre typhoïde : 1° le sulfate de quinine à la dose d'un gramme à un gramme cinquante ; 2° l'acide borique, comme on vient de le voir, à la dose de 12 grammes ; 3° le phénate de soude à la dose de

2 grammes par ingestion stomacale ; 4° les laxatifs, l'extrait de quinquina, les lotions fraîches, etc., et il dit :

« L'acide salicylique *me paraît* donner des résultats plus favorables que les autres agents thérapeutiques essayés jusqu'ici ; mais son influence n'est *peut-être* que modératrice (951). Cette réserve sous forme doublement dubitative n'est hélas ! que trop motivée. Avec la plus louable sincérité, M. Vulpian constate les fâcheux effets de l'acide salicylique :

« Dans quelques cas, surtout chez les très jeunes gens, on a vu se produire un peu d'agitation, de sub-délirium. Ces phénomènes de salicylisme se sont dissipés très rapidement dès qu'on a interrompu le traitement pendant vingt-quatre heures. (945.)

« *Peut-être* l'acide salicylique a-t-il eu, chez quelques malades, une influence sur les reins et a-t-il provoqué un certain degré d'albuminurie...

« Un traitement prolongé par l'acide salicylique n'a pas toujours empêché les rechutes. (946.) »

« L'acide salicylique ne m'a *pas paru* abréger la durée de la maladie et je ne *sais pas même* s'il diminue le nombre des cas terminés par la mort. (947.) »

M. Vulpian n'ayant pas dit un mot du pouls dans toute sa communication, M. Depaul s'en étonne et demande quelques renseignements sur ce point. M. Vulpian répond que l'influence de l'acide salicylique est moindre sur le pouls que sur la température ; cette action est d'ailleurs notée sur les observations prises au lit des malades. (964.)

« En résumé, dit M. Vulpian, nous ne sommes

encore que peu armés en ce qui concerne la médication la mieux appropriée à la fièvre typhoïde (951). ... « Nous pouvons bien avouer que nous ne connaissons pas, jusqu'à présent, un véritable moyen curatif ; mais devons-nous nous résigner à ne rien tenter ? (963.)

« Assurément, il *serait* très important de *savoir* à quel moment de la maladie il faudrait donner les médicaments pour obtenir l'action la plus efficace ; mais s'il est difficile, comme le faisait remarquer M. Bouchardat, de soigner à l'hôpital les malades dès le début, cela n'est pas moins difficile dans la clientèle civile. Nous ne sommes appelés, en effet, la plupart du temps que lorsque le malade est atteint au moins depuis vingt-quatre heures et déjà la maladie est constituée ; à ce moment, la fièvre typhoïde existe et nous aurions beau détruire tout ce qu'il y a dans les intestins à ce moment, la fièvre typhoïde n'en continuerait pas moins son évolution. (951.)

« Une autre question se pose, à propos de laquelle les *renseignements nous font absolument défaut*. L'acide salicylique ne *pourrait-il* pas être employé comme prophylactique, dans certaines conditions d'épidémicité de la fièvre typhoïde ? *S'il était* prouvé que le contagion de la fièvre typhoïde s'introduit presque toujours dans l'organisme par les voies digestives, il *serait* permis de *supposer* que l'ingestion quotidienne dans l'estomac d'une petite quantité d'acide salicylique *pourrait peut-être* annihiler ou paralyser le poison typhogène avant son absorption par le canal gastro-intestinal. (948.) »

Voilà un prophylactique séduisant : il donne de l'agitation, du délire, de la dyspnée (309), même de l'albuminurie ! Vraiment, M. Vulpian est indulgent pour ses médicaments préférés ; il faut penser à ces pères trop faibles qui trouvent charmantes, spirituelles, les farces les plus grossières de leurs fils, louent leurs défauts comme des qualités et finissent par les admirer jusque sur les bancs de la correctionnelle. Heureusement, M. Vulpian se charge lui-même de porter le dernier coup aux médications antiseptiques, antiparasitaires.

« L'organisme, dit-il, est comme le tonneau des Danaïdes, les *ingesta* ne font que le traverser ; c'est un lieu de passage où les substances introduites par toutes les voies d'absorption s'échappent bientôt par tous les émonctoires et où, sous peine de *destruction*, l'élimination des agents médicamenteux employés doit contrebalancer leur ingestion. Voici, par exemple, le phénate de soude, antiseptique très puissant et relativement soluble ; si l'on cherchait à en employer une dose suffisante, on déterminerait une intoxication ; *mais même en poussant les choses jusque là*, comme il s'en élimine de grandes quantités par les reins, l'organisme n'en contiendrait sans doute pas une dose suffisante pour que le ferment typhique pût y être détruit. » (951.)

Mais il paraît qu'on a poussé les choses quelquefois jusque là. Si la preuve n'est pas encore suffisamment faite, elle va l'être de façon incontestable.

Le ferment typhique, le microbe, voilà l'unique préoccupation de M. Vulpian. Il en est obsédé au

point de maintenir comme antiseptiques, l'acide borique, l'acide salicylique, dont il ne constate que l'action antithermique et auxquels il finit par reconnaître une action générale. (955-956.)

Sa thérapeutique reposant ainsi sur deux hypothèses étiologiques, la microgénie et la thermogénie, dont il a été fait amplement justice, ne peut donc être qu'incertaine. Aussi ses formules s'en ressentent et se réduisent toutes à des suppositions : *Si, il me paraît, peut-être, il m'a semblé, je ne sais pas si, il se pourrait, ne se pourrait-il pas ? il serait permis si, je suis disposé à croire, c'est peu probable.* Tel est le positivisme de la science moderne en 1883 !! — Pardon, vous vous trompez, au début d'un des premiers lustres de l'ère micro-thermidorienne (style nouveau). —

(A suivre.)

D^r CRETIN.

NOUVELLES

Le *Boston Daily Advertiser*, du 19 décembre 1893, nous apporte le résumé des débats des Chambres de l'Etat de Massachussetts relatifs à la réforme des prisons, à l'éducation des jeunes détenus et à la création d'un nouvel asile d'aliénés à Westboro. Ce dernier établissement, qui relève entièrement de l'Etat de Massachussetts, sera dirigé par des médecins homœopathes. Le journal politique auquel nous empruntons ces détails ajoute que les allopathes n'ont pas fait d'opposition, les Chambres ayant résolu de prendre en considération les pétitions des médecins homœopathes et celles de leurs partisans, qui constituent un quart de la population de l'Etat et qui fournissent la majeure partie des contributions.

Le Gérant : D^r A. CLAUDE.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

LA FIÈVRE TYPHOÏDE

HYPOTHÈSES ET CONTRADICTIONS ACADÉMIQUES.

CHAPITRE SIXIÈME.

(Suite).

Dans ces hésitations, dans ces tâtonnements, il y a les éléments, non d'une leçon de pathologie comparée ou de thérapeutique, mais bien....

Ah ! il s'agit de la santé, de la maladie, de la vie humaine ! Un simple rapprochement littéraire, fût-il des plus gracieux, serait ici fort déplacé s'il éveillait seulement un sourire. Quelques ombres maintenant sur les demi-teintes du maître.

M. Dujardin-Beaumetz redoute l'action fâcheuse de l'acide salicylique sur l'estomac, sans aucun profit pour les malades. Il trouve l'acide phénique dangereux, parce qu'il produit souvent le collapsus, les congestions pulmonaires. (1296.)

Théoriquement, M. G. Sée, après une étude savante des antiseptiques, dissipe toutes les illusions de M. Vulpian en prophylaxie et en thérapeutique. Il s'exprime ainsi :

« *Traitement des tissus infectés.* Quant à poursuivre, dans les tissus, tous les liquides une fois impré-

gnés, c'est un leurre, quand même vous prescririez 10 à 15 grammes d'acide salicylique, ce qui est une dose toxique.

« *Traitement infructueux de la cause.* Ils (les antiseptiques) ne réussissent pas même au début.

« *Appréciation de leur action sur le germe.* On raconte qu'un rhumatisant, qui prenait 6 à 8 grammes d'acide salicylique, fut envahi néanmoins par une fièvre typhoïde, laquelle suivit son évolution normale, bien que traitée au début, et même préventivement.

« Ainsi, à aucun moment, les antiseptiques n'ont de raison d'être ; ils ne tuent pas le germe de la maladie et n'empêchent pas la dissémination des microbes. » (65.)

Voici qui est pire encore : M. G. Sée constate, même au point de vue antithermique, que l'acide salicylique augmente, au moins passagèrement, les combustions et que, sous ce rapport, ses effets et ses inconvénients se rapprochent de ceux des bains froids. (151.)

M. G. Sée décrit l'action redoutable de l'acide salicylique sur la respiration et la circulation. Il l'accuse de produire la dyspnée, les hémorrhagies intestinales, le collapsus. (155.) Aussi ses conclusions sont-elles mitigées comme il convient entre confrères. S'il prescrit le poison chaque fois que la débilitation est prononcée (c'est-à-dire presque toujours), il restreint ses indications au cas d'une hyperthermie extrême.

Avec M. Peter, pas de réticences, pas de vaines circonlocutions. « Ce qui n'est pas une hypothèse, s'écrie-t-il, ce qui est un fait actuel, social, c'est

l'introduction, dans la thérapeutique de l'homme, des médications *microbicides*, aux risques d'accidents analogues à ceux auxquels faisait allusion l'un des orateurs de cette assemblée, et non l'un des moindres, le professeur Jaccoud, lorsqu'il disait : « On vise le microbe et c'est le patient qu'on abat, » et dont j'ai dit moi-même : « la médication parasiticide peut devenir la médication homicide. »

« En effet, on veut déloger l'ennemi de la forteresse, et c'est la forteresse qu'on fait sauter !

« Ne pas voir ce péril, ce serait fermer les yeux à l'évidence ; ne pas le combattre, serait forfaire à un devoir.

« Je n'y faillirai pas. » (479.)

Et il n'y a pas failli.

4° *Médication quinine*. Le sulfate de quinine est administré dans la fièvre typhoïde, à haute dose, par M. Hérard ; à dose moyenne par M. G. Sée. Ce traitement est considéré comme antiseptique et antithermique.

Comment M. Hérard, toujours si prudent, a-t-il été amené à cette reprise de la pratique de Briquet, à ce recommencement ? Tout simplement parce qu'il a trouvé le traitement institué dans son service, à son retour des vacances, et qu'il n'a pas voulu désobliger son confrère, le Docteur Joffroy, son remplaçant. (1286). L'essai de M. Hérard a donc été aussi confraternel qu'empirique.

Sur six malades cinq ont guéri ; un a succombé assez rapidement à des phénomènes ataxiques. M. Hérard ne croit pas que le médicament ait été pour

quelque chose dans l'apparition des phénomènes cérébraux. On peut en douter, en effet ; car le sulfate de quinine était administré dans du pain à chanter ou sous forme de cachets, et M. Legouest dit : « Dans ces conditions, il est très fréquemment rendu tel qu'il a été donné ; les cachets ne se dissolvent pas et on les retrouve dans les selles avec le médicament qu'ils renferment encore. » (1287.)

Cela s'est peut-être passé ainsi chez les cinq malades guéris ; probablement le malheureux ataxique a dissous les cachets et absorbé les doses énormes du médicament. On peut le supposer d'après les accidents terribles dus au sulfate de quinine et rapportés par M. Hardy.

Un premier fait est celui d'une malade dont la fièvre typhoïde allait s'aggravant sous l'influence de deux grammes de sulfate de quinine administrés pendant deux jours, concurremment avec cinquante centigrammes d'acide phénique. Grâce à une autre médication « la malade, dit M. Hardy, put lutter avec plus de succès contre la violence de la maladie et si, comme je l'espère, elle guérit, j'ose dire qu'elle le *devra à la suppression de la première médication.*

« Je puis citer un autre fait recueilli encore à l'hôpital de la Charité : quatre jours après ma rentrée, dans une salle peu éloignée de mon service, une malade atteinte de fièvre typhoïde légère mourait subitement, trois jours après son entrée, au moment où elle se retournait dans son lit ; elle avait pris la veille 2 grammes de sulfate de quinine et même 1 gr. 50 le jour de sa mort : n'est-il pas permis d'établir ici

un rapport entre cette mort subite et l'administration du sulfate de quinine?

« D'autre part, si j'en crois les renseignements qui m'ont été transmis à l'Hôtel-Dieu, où le sulfate de quinine a été donné à doses massives de 3 à 4 grammes, il y a eu également *une mort subite*. Dans deux autres hôpitaux, où le traitement par le sulfate de quinine et l'acide phénique est banal, il y aurait eu aussi *deux morts subites*. » (1354.)

M. G. Sée dit à son tour : « Avant notre retour à l'Hôtel-Dieu, un malade avait pris 3 grammes et demi de quinine, et est mort dans les convulsions ; il est vrai que l'autopsie a révélé une myocardite. Si le médicament était la cause de la mort, faut-il croire qu'il était mêlé avec la cinchonine ? Dans ce cas, il faut faire remonter aussi les falsifications à nos *ancêtres*, puisque déjà nous trouvons dans la thèse de Pereyra (la thèse de Pereyra est de 1842, celle de M. G. Sée du 15 juillet 1846), quatre observations d'accès épileptiformes dont *deux sont devenus mortels*. Ce que j'ai observé me permet de ne pas innocenter le sulfate de quinine le plus pur ; ses *méfais* lui sont personnels et la cinchonine présente les mêmes *dangers* ; elle a surtout l'inconvénient de *diminuer* considérablement l'énergie de la quinine et par conséquent d'agir faiblement. (134.)

« Le sulfate de quinine fut mis en essai en premier lieu par Giacomini, qui constata déjà une diminution notable de la fréquence du pouls par le sulfate neutre, et des *convulsions mortelles* par le sulfate acide. » (141.)

Si la cinchonine, isolément, présente les mêmes dangers que le sulfate de quinine, associée à celui-ci, elle en atténue l'énergie. Cela est aussi heureux que singulier. La falsification reste toujours coupable, sans doute ; mais elle est inoffensive, utile même ; elle peut plaider les circonstances atténuantes.

Quoiqu'il en soit, le traitement de M. G. Sée consiste fondamentalement dans l'administration quotidienne de doses de sulfate de quinine qu'il considère comme moyennes, c'est-à-dire modérées, curatives. Il dit : « La dose *réfrigérante* dans la fièvre typhoïde doit être bien plus forte que dans la fièvre paludéenne ; la dose moyenne pour un adulte est de 2 grammes et 2 gr. 50.

« Si vous ne voulez pas dépasser un gramme par jour, il vaut mieux vous abstenir. (134.)

« On dit que chez les individus forts, la dose doit être plus élevée que chez les faibles, c'est une grave erreur ; rien ne peut faire prévoir l'influence de la force individuelle.

« Chez l'enfant, les doses les plus convenables, selon Hagenbach, sont de trois à cinq ans, 1 gramme ; de six à dix ans, 1 gr. 50 ; de onze à quinze ans, 1 g. 50 et plus. Barthez avait employé des doses identiques, et remarqué avant Hagenbach que les phénomènes cérébraux sont plutôt améliorés qu'aggravés par ces doses. » (137.)

Cela laisse supposer qu'il faudrait, malgré l'aggravation des symptômes cérébraux, si la *réfrigération* devait être obtenue à ce prix, continuer la quinine. La réfrigération, mais c'est déjà un effet pathogéni-

que du médicament ; il est bien naturel qu'on ne le recherche pas dans la fièvre paludéenne, où suffit l'action médicamenteuse. Dans la fièvre typhoïde, c'est autre chose ; il n'est question que d'actions toxiques, d'accidents graves, d'intoxications, de morts subites. On croirait assister, non à une discussion de thérapeutique, mais à . . . une discussion de médecine légale. Quant aux doses d'un gramme cinquante, on le verra dans un instant, M. Barthez les a tellement oubliées qu'il n'y est jamais revenu.

M. G. Sée, cependant, n'est pas en contradiction avec lui-même ; il condamne les doses de trois à quatre grammes ; il prescrit des doses de deux grammes à deux grammes cinquante. M. Hardy prouve que ces dernières sont dangereuses, souvent mortelles. S'appuyant sur l'autorité de M. Bouchard, M. Dujardin-Beaumetz redoute les intoxications les plus graves après l'administration de doses relativement faibles du sulfate de quinine. (227.) La cause est entendue. Il est inutile de discuter les longues considérations physiologico-physico-chimiques par lesquelles M. G. Sée prétend justifier sa pratique personnelle.

Ces considérations reposent sur des expériences faites par lui et par M. Bochefontaine. Ces expériences sont, sur certains points, en contradiction avec celles de M. Laborde, comme celles de M. Briquet avec celles de M. Dupuy. Mais il y en a de très positives, très précieuses, résumant admirablement la pathogénésie du sulfate de quinine, cet agent produisant sur l'homme sain : 1° l'accélération du pouls ;

puis, 2°, sous l'influence de doses répétées, l'accélération jusqu'à l'ataxie, comme par une tétanisation du muscle cardiaque ; 3° des intermittences ; 4° l'affaiblissement graduel des pulsations, la défaillance du cœur ; 5° l'angoisse respiratoire ; 6° l'épuisement. Ce sont là tous les caractères du mouvement fébrile, de la malignité et même d'un accès pernicieux. Voilà pourquoi le sulfate de quinine est fébrifuge, très utile dans certaines formes de la fièvre typhoïde, dans tous les cas contre la malignité, mais à de tout autres doses que celles prescrites par M. G. Sée. Les symptômes 3° et 4° font penser à ce malade, mort dans les convulsions après une prise de trois grammes et demi de quinine, et chez qui l'autopsie a révélé une myocardite. (133.)

Pour se conformer à la mode, M. Sée baptise le sulfate de quinine antithermique (139), anticalorigène (140), sous-oxydant (id.), cardio-vasculaire (141), antidicrotique (148) ; et son adjuvant, l'alcool, antidépériteur, sustentant, fortifiant (156 à 163) : l'action de l'alcool sur le cœur et la circulation est incertaine.

5° *Médication mixte* : D'abord systématique, puis arbitraire, en tous cas personnel, le traitement de M. Jaccoud a deux parties : « l'une, dit le savant professeur, absolument constante et invariable, l'autre éventuelle. L'adynamie et l'hyperthermie fournissent les deux indications constantes : 1° épargner et soutenir, dès le début, les forces du malade en prévision de l'agression prolongée qu'il doit subir ; 2° soustraire une partie de la chaleur produite et en restreindre la formation. En conséquence, M.

Jaccoud administre, chaque jour, de 30 à 80 grammes d'alcool et 3 ou 4 grammes d'extrait de quinquina, jusqu'à la chute de la fièvre. » (193.)

Quatre caractères indiquent, et la gravité, et la nécessité du traitement éventuel. Ce sont : 1° la continuité de la fièvre ; 2° une série non interrompue de chiffres vespéraux au-dessus de 40° ; 3° le défaut d'abaissement dans le niveau de la courbe après trois jours de lotions froides ; 4° la défaillance du cœur. Dans ces conditions, M. Jaccoud prescrit le bromhydrate de quinine, ou l'acide salicylique, de l'un ou l'autre médicament un gramme cinquante centigrammes à deux grammes le premier jour, cinquante centigrammes en moins le second jour ; le troisième la même dose que le premier ou le second jour, selon les cas. Si besoin est, cette série est renouvelée après un intervalle de quarante-huit heures.

Trente à quatre-vingts grammes d'alcool, plus trois à quatre grammes de quinquina chaque jour, sans compter les grammes éventuels de bromhydrate de quinine et d'acide salicylique, il y a de quoi, comme aurait dit Broussais, allumer l'incendie, jeter l'huile sur le feu, ou faire éclater la foudre dans un organisme. Le jacobinisme thérapeutique ne met plus de frein à ses violences et à ses exagérations ; au milieu de ce déchaînement, il faut louer la prudence et la modération relatives de M. Jaccoud ; il faut surtout applaudir aux excellents passages de son discours où, tout en restant hyperthermiste, il montre les doctrines bactériennes unies aux doctrines antipyrétiques dans un funeste accouplement. De là l'emploi

de la quinine, de l'acide phénique et de l'acide salicylique, leur association à triple élément, ou l'association double plus fréquemment tentée de la quinine et de l'acide salicylique, toutes deux menaçant le cœur, le cerveau et les reins des accidents les plus graves. M. Jaccoud repousse toute application non justifiée de la pathologie animale à la thérapeutique humaine; en conséquence, il condamne sévèrement la médication antibactérienne, en raison et de son origine, et de ses périls :

« Et qu'importe, en vérité, s'écrie-t-il, faisons un instant cette hypothèse, qu'importe que la guérison de la fièvre typhoïde dépende de la mort des microbes, si le traitement nécessaire pour les tuer dépasse la résistance du malade... Restons médecins, et sans peine, et sur l'heure, nous pourrions opposer une barrière infranchissable à ces témérités aventureuses, et soustraire ainsi les malades aux dangers imprévus de cette bourrasque thérapeutique. (199-200.) (Vifs applaudissements.)

Ces applaudissements ont été certainement unanimes; les radicaux, hyperthermistes et microbistes ont applaudi à la pratique; les modérés à la fermeté, à la haute raison, à l'éloquence de cette péroration.

IV. — MÉDICATIONS ARBITRAIRES OPPORTUNISTES.

L'expectation armée de M. Dujardin-Beaumetz et la médecine des indications de M. Peter, c'est tout un; elles ont la prétention d'être opportunistes. Les médications systématiques affichent plus haut encore la même prétention; elles se donnent pour les

plus opportunistes, sinon pour les seules opportunistes. Les médications systématiques ont le malheur de transformer trop souvent les cas légers en cas graves et même mortels. Les médications opportunistes présentent l'avantage d'être d'autant plus inoffensives qu'elles se rapprochent plus de l'expectation.

« Tous les médecins admettent, dit M. Vulpian, qu'il est des cas d'une bénignité si grande, que l'on peut laisser la maladie évoluer, du début à la guérison, sans la moindre intervention thérapeutique, c'est-à-dire sans prescription d'aucun médicament. » (300.)

Or, les plus illustres médecins vont plus loin encore; ce n'est pas seulement dans les cas légers qu'ils font un précepte de l'expectation. Tous s'accordent à pratiquer et à recommander l'abstention absolue dans les formes graves, dans les périodes avancées et contre les syndrômes les plus alarmants de la fièvre typhoïde. Comme preuves, Forget accumule les citations de Sydenham, Baglivi, Fréd. Hoffmann, Huxham, Finke, Stoll, Joseph Frank, Hildenbrand. « Quand une fois la *phrénésie* est survenue, dit Sydenham..... il faut entièrement abandonner au temps et à la nature la guérison de ce symptôme, quelque frayeur qu'il cause aux assistants (fièvres de 1685, p. 524). »

A toutes ces autorités, Forget ajoute celles de ses grands contemporains : Andral, Chomel, Cruveilhier, Gaultier de Claubry, Bouillaud lui-même. Il termine cette défense de l'expectation, méthode sage et pru-

dente entre toutes, dans la fièvre typhoïde, par cette phrase de Gaultier de Claubry : « Quel médecin militaire n'a pas vu des centaines de sujets affectés du typhus, évacués d'un hôpital sur un autre, ne recevoir pour tous médicaments que de la tisane d'orge vinaigrée, de la limonade, de l'eau pure même, et guérir en plus grand nombre que leurs camarades restés dans les hôpitaux, auxquels on prodiguait le camphre, la serpentinaire de Virginie, etc.. » (Forget : *Traité de l'Entérite folliculeuse*, p. 815).

Qu'est-ce, grand Dieu ! que le camphre inoffensif et l'innocente serpentinaire de Virginie, auprès des armes à balles forcées de la thérapeutique radicale de nos jours ? Trois à quatre grammes d'extrait de quinquina ; deux grammes à cinq et six grammes de sulfate de quinine ; de quatre à huit, à douze, à seize grammes d'acide salicylique, borique, phénique, ou de leurs sels ; et ces demi-gros, ces gros, ces demi-onces mêmes, ne font pas surgir de leurs tombes les vieux médecins irrités et armés pour le châtiment ! Non, malheureusement pour les vivants ; les morts ne reviennent pas !

Les médications opportunistes choisissent, pour agir, précisément le moment où ces pères de la médecine recommandaient l'expectation.

D'où tirent-elles leurs indications ? Des mêmes sources que les médications systématiques, d'une hypothèse physiologique, pathologique, étiologique, d'une analogie souvent trompeuse, ou même simplement de l'empirisme, quelquefois d'une sensation instinctive. (269.) On l'a vu pour les indications for-

mulées par M. Peter, en ce qui regarde l'eau froide en lotions ou en bains et le sulfate de quinine, dans la malignité, l'ataxie et l'adynamie. Pour l'eau froide, son action est supposée tonique dans les névroses apyrétiques, et, par analogie, *régulatrice* dans l'adynamie comme dans l'ataxie, dans le délire comme dans la stupeur (267 et 268). Quant à l'indication du sulfate de quinine, elle est purement empirique ; M. Peter ne cherche pas à l'expliquer comme celle de l'eau froide. C'est aussi de l'empirisme seul que M. Barthez a tiré la même indication.

Rilliet et M. Barthez avaient déjà employé le sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde des enfants, il y a bien des années. Ils n'avaient pas été arrêtés par des accidents assez sérieux pour les forcer à renoncer à cette médication.

Comment il fut conduit à employer le sulfate de quinine à des doses plus considérables, à en administrer jusqu'à un gramme vingt centigrammes dans du café noir, M. Barthez le raconte en ces termes :

« Voici le fait : je soignais, il y a de cela presque trente ans, un jeune garçon âgé de huit ans à peu près, atteint de fièvre typhoïde grave, arrivée presque à son dixième jour. Les symptômes étant tels que je pouvais prévoir une mort rapide, ou au moins une maladie longue et pénible à conduire, je crus devoir prévenir les parents des inquiétudes que j'avais.

« Cependant, dès le lendemain, je constatai une légère amélioration dans l'état de mon jeune malade et en même temps j'appris, par la garde, que les parents

avaient appelé un médecin étranger, je crois, dont j'ai oublié le nom et qui jouissait dans le grand monde de la réputation de guérir toutes les fièvres typhoïdes. Il n'avait qu'un traitement qu'il appliquait à tous ses malades. Il avait donné 1 gr. 20 de sulfate de quinine dans une tasse de café. La moitié avait été prise le matin en deux fois, à deux heures d'intervalle et l'autre moitié de même, à deux heures d'intervalle, dans l'après-midi.

« La médication fut ainsi suivie peu de jours, trois si j'ai bon souvenir, au bout desquels l'amélioration s'était si bien établie que la guérison fut très rapide. » (1413.)

Frappé par ce résultat, M. Barthez administre le sulfate de quinine de cette façon au premier malade qu'il rencontre offrant des conditions semblables ; il obtient un succès rapide. Un second cas fut suivi de mort : « L'autopsie put heureusement être faite, dit M. Barthez, et montra que le malade avait succombé, non à une fièvre typhoïde, mais à une méningite tuberculeuse. »

« Par là, je fus éclairé sur la caractéristique de l'indication... Lorsque, chez un enfant, la fièvre typhoïde, à partir de la fin de son premier septenaire, se présente avec des caractères tels qu'il y a lieu de poser le diagnostic avec la méningite tuberculeuse, alors existe l'indication de donner le sulfate de quinine. » (1414-1415.)

Au fond, quels sont ces caractères, sinon ceux de la malignité, de l'ataxie, simulant la méningite tuberculeuse. La franchise de M. Barthez ne lui fait

pas moins d'honneur que sa perspicacité comme observateur. Le hasard a de ces rencontres heureuses; l'indication formulée par MM. Peter et Barthez est presque conforme à la loi des indications positives et confirmée par l'expérience clinique (1).

Et maintenant, quelles sont les armes des médications opportunistes, expectation armée ou médecine des indications? Exactement les mêmes que celles des médications systématiques, ces armes que MM. Hardy, Dujardin-Beaumetz, G. Sée, Jaccoud et M. Peter ont montrées si redoutables au malade, si impuissantes contre la maladie : les antiputrides, les antiseptiques, les antithermiques, les antispasmodiques, tous les *anti* possibles et imaginables.

V. — LE DILEMME.

Donc, entre les médications systématiques et les médications arbitraires, une distinction est presque impossible à établir. Les unes et les autres affichent la même prétention à l'opportunisme. Pour les unes comme pour les autres, les indications reposent sur des hypothèses pathologiques ou thérapeutiques; les médications arbitraires y ajoutent l'empirisme et une sorte de divination instinctive. Les différences, et il y en a, heureusement, sont purement personnelles. Elles tiennent à la mesure, au tact, à la prudence du médecin. Or, chaque académicien, professeur ou non, ayant ses hypothèses à lui, ses induc-

(1) Du sulfate de quinine dans les affections anormales, ataxiques et malignes, par le Dr A. Cretin. *Bulletin de la Société médicale homœopathique de France*. Tome XVIII.

tions, son expérience, son instinct, les tient pour préférables aux hypothèses, aux inductions, à l'expérience, à l'instinct de ses collègues.

Et le praticien, comment croirait-il à de tels maîtres, après les avoir vus aux prises dans une semblable discussion ? Sa conscience se révolte contre leur témérité et leur opiniâtreté à faire des essais ; son bon sens contre leurs contradictions, son intelligence contre leurs incertitudes, sa raison contre leur infailibilité mobile ; sa dignité, sa bonne foi s'insurgent contre les exigences de la mode, imposant chaque jour une médication nouvelle. Trop heureux ses malades si, de guerre lasse, il en arrive, par le scepticisme, à l'expectation sage et prudente !

Telle est la situation que M. Pasteur a brièvement résumée dans son argument final à M. Peter :

« Voilà six mois que, dans cette assemblée des plus grands médecins, on discute le point de savoir s'il vaut mieux traiter la fièvre typhoïde par des lotions froides que par de la quinine, de l'alcool ou de l'acide salicylique, ou même ne pas la traiter du tout. Au nom de quelle science parlez-vous et quels sont ses principes ? »

Qu'a répondu M. Peter ?

« Ce qui a triomphé, c'est la médication traditionnelle, la médication suivant *les indications*, celle qui consiste à n'agir que suivant l'opportunité actuelle. » (548.)

Mais c'est répondre à la question par la question. Quelles indications ont triomphé, parmi celles qu'ont posées et soutenues les différents orateurs, MM.

Jules Guérin, Vulpian, Hérard, Dujardin-Beaumetz, Hardy, G. Sée, Jaccoud, Peter lui-même, toutes différentes les unes des autres, le plus souvent contradictoires, aucune, à une seule exception près, n'ayant résisté ni à la critique, ni à l'épreuve clinique ?

La tradition ! Quelques voix à peine se sont jointes à celle de M. Peter pour la défendre en pathologie ; elles n'ont pas été écoutées.

La tradition ! qui l'a défendue en thérapeutique, qui pouvait la défendre, puisqu'elle n'existe ni à l'Académie, ni à la Faculté, et que tout recommence ?

Donc, les indications et les applications, toutes personnelles, variables à l'infini, ne reposant sur aucun principe, formulées sans méthode, dépourvues de tout caractère scientifique, de toute certitude, c'est le chaos.

En thérapeutique, comme en hygiène, en pathologie, en étiologie, en prophylaxie, ce qui a triomphé, c'est la critique. Grâce à elle toutes les hypothèses, toutes les prétentions des écoles microbienne et antithermique, des médications systématiques, empiriques, instinctives et arbitraires ont été entraînées dans la déroute commune.

L'argument de M. Pasteur subsiste tout entier, et il subsistera tel, aussi longtemps qu'aux médications systématiques, M. Peter et, avec lui, les meilleurs esprits, n'auront à opposer que les indications arbitraires.

Et cependant, même en l'état des choses, il y avait, il y a encore mieux à faire. Comment M. Peter n'a-t-

il pas tiré les conclusions rigoureuses de sa critique ? A-t-il craint de n'être pas soutenu par ses collègues les plus autorisés ? Comment, après les preuves de courage qu'il a données, n'est-il pas allé jusqu'au bout ?

C'est que, bien avant de se découvrir en se résignant au perpétuel recommencement, il avait déjà ouvert la porte à l'arbitraire. Qu'on lise attentivement cette ardente philippique contre les traitements systématiques, mais tout aussi applicable à l'expectation armée :

« Les naïfs sont ceux qui croient toujours que c'est arrivé. »

« Les imprudents, ce sont les jeunes, les téméraires, impatients de toute tradition et qui nous traitent de caducs. A eux, je rappellerai ce que disait un jour, à ses élèves, Bouley, de Necker, le frère de notre éminent collègue de la section de vétérinaire. Le D^r Bouley était un médecin hippocratiste des plus savants et en même temps des plus prudents, *bien qu'il sût être extrêmement actif lorsqu'il était nécessaire*. On parlait devant lui d'une médication téméraire à la mode : « Je vous assure, lui disait-on, qu'il n'y a pas tant d'accidents que cela. » Et alors Bouley répliquait finement : Les malades sont souvent plus forts qu'on ne croit.

« J'exprimerai, à mon tour, la même vérité, mais sous une forme un peu plus brutale, et je dirai :

« Il est souvent difficile de tuer un homme, même malade ; seulement on y réussit quelquefois, ce qui

n'est pas, à proprement parler, l'idéal de la médecine.» (274.)

Ah ! le docteur Bouley intervenait très activement à l'occasion ! Mais son frère, M. Bouley de l'Institut, M. Vulpian aussi de l'Institut, M. G. Sée qui pourra en être, M. Jaccoud (celui-ci a déjà brûlé un de ses vaisseaux), M. Jules Guérin, un ancien candidat, tous vous diront qu'ils imitent le Dr Bouley par une intervention aussi active qu'opportune. Et ils vantent à l'envi, comme répondant mieux aux indications, le dernier les évacuations, sans réminiscence comique ; le premier les bains froids répétés ; les autres l'acide salicylique, le sulfate de quinine, l'extrait de quinquina, l'alcool, le tout, calibre rayé, dose forcée et à double effet.

Ce que valent ces médications, on l'a vu ; on va le voir mieux encore. Par malheur, M. Peter a voulu les conserver, à titre de souvenirs et d'en cas, dans l'arsenal de l'expectation armée (275 et 276) ; il s'est interdit dès lors de faire à M. Pasteur la seule réponse qui pût et dût lui être faite : « Oui, Monsieur, devait-il dire, il vaut mieux se borner à l'expectation et ne pas traiter du tout la fièvre typhoïde que de la traiter par des médications hypothétiques, systématiques ou non. Voilà ce que j'ai démontré, voilà ce qui ressort jusqu'à l'évidence de cette longue discussion. »

Cela étant, la question est simplifiée, réduite à ce dilemme : ou l'expectation, ou la thérapeutique positive, conformément à la double loi expérimentale des indications et des actions médicamenteuses.

Eh bien ! l'Académie a abdiqué en hygiène ; elle abdiquera, si ce n'est fait déjà, en thérapeutique : elle en viendra à l'expectation absolue plutôt qu'à la thérapeutique positive, vous le verrez.

VI. — LA COUR SUPRÊME.

Systématiques et éclectiques ont tenu à épuiser tous les degrés de juridiction. D'un degré à l'autre, ils ont accentué leurs hypothèses, leurs analogies, leurs inductions, leurs prétentions, et gonflé leurs dossiers de certificats et d'attestations.

La conciliation n'ayant pu se faire préalablement, on a longuement plaidé en hygiène, puis successivement en pathologie, en prophylaxie et en thérapeutique. Partout les plaideurs ont rendu eux-mêmes bonne et sévère justice. Il a suffi à la critique impartiale d'enregistrer les arrêts rendus par les uns contre les autres et réciproquement. Tous ont été condamnés : ceux-ci pour productions de nouveautés apocryphes ; ceux-là pour promesses illusoires ; les uns pour contraventions historiques ; d'autres pour projets de restaurations dangereuses, accompagnés d'un commencement d'exécution ; tous pour infractions graves à la méthode expérimentale. Mais, en Thérapeutique, la critique a dû aggraver la peine pour manquement à tous les engagements. Elle a prononcé, contre les systématiques, l'interdiction, contre les éclectiques, la suspension de toute revendication scientifique.

Déjà, avant la mort de Louis, ses propres disciples avaient porté les premiers coups à la statisti-

que. Depuis, il a été de bon ton de la traiter avec mépris. Elle n'en reste pas moins inébranlable sur sa base, le fait. Elle n'en restera pas moins toujours la cour suprême, la grande justicière de toutes les théories. Ses adversaires eux-mêmes, lorsqu'ils sont acculés dans leurs derniers retranchements, l'invoquent, absolument comme le matelot marseillais Notre-Dame de la Garde dans la tempête.

VII. — STATISTIQUES HYDROTHÉRAPIQUES.

En ce qui touche à la fièvre typhoïde, le premier pourvoi a été formé par MM. Glénard de Lyon et Bouley de l'Institut, au nom de la méthode de Brand. Le mémoire du premier et les communications du second s'appuient presque exclusivement sur des statistiques étrangères. S'il y a des juges à Berlin, il y a aussi des statisticiens. Faut-il envier ou plaindre les justiciables, si les juges y ressemblent aux statisticiens ?

M. Bouley emprunte en particulier ses renseignements à une circulaire de MM. Von Lauer et Strube, au nom du conseil de santé prussien. Avant 1865, dans l'armée prussienne, la mortalité moyenne de la fièvre typhoïde était de 25 %. Grâce aux bains froids, appliqués plus généralement d'année en année, dès le début de la maladie, la mortalité est graduellement tombée, en progression décroissante, à 8 % en 1882.

Une deuxième circulaire indique pour cent malades traités de fièvre typhoïde, une mortalité varia-

ble: 13,2 ; 7,8 ; 5,4 ; 8,5 ; 6,5 ; 7,1 ; 7,5 ; 8,3 ; 11,0 ; 10,4 ; 13,9 ; 8,4 ; 4,1 ; 18,4 ; 6,2. Soit en moyenne 9,1 % et non 8 % comme le dit la circulaire.

Pour les corps d'armée I, II, XIII et XV, la mortalité est encore plus faible 7,8 ; 5,4 ; 4,1 ; 6,2 ; en moyenne 5,87 %.

A quoi peuvent tenir de tels écarts ? A ce que la méthode de Brand n'est pas toujours rigoureusement appliquée, conformément aux principes, et dès le début. Aussi MM. Von Lauer et Strube insistent-ils sur ce point :

« Il doit être spécialement mentionné que, pour quelques rapporteurs, le danger avec cette méthode réside dans ce fait que le médecin croie pouvoir facilement et à volonté négliger de se conformer au schéma connu, *individualiser suivant les indications* et, par ce motif, préférer une méthode d'eau froide mitigée, modifiée, par exemple une combinaison des bains avec une grosse dose de quinine. » (347.)

Ainsi, pas d'indications individuelles, *la cure du nom*, selon l'expression consacrée, voilà l'idéal des savants rapporteurs. Toutefois le dogme n'a pas encore force de loi ; cela viendra. « Le Conseil de santé n'ajoutera rien à ce qui précède, disent MM. Von Lauer et Strube, sinon qu'il *recule devant l'idée de rendre obligatoire*, par voie réglementaire, une méthode thérapeutique. » (348.)

Eh ! pourquoi pas ? En France, nous avons déjà l'hygiène au suffrage universel, la thérapeutique au suffrage universel, l'abatage obligatoire dans la

peste bovine; après de nouvelles enquêtes prussiennes, on proposera sans doute les bains froids obligatoires dans la fièvre typhoïde !!!

Brand, cité par M. Bouley (506), donne sa statistique personnelle dans le tableau suivant :

Mortalité typhoïde : Pratique privée.....	2 %
Hôpitaux d'enfants..	2,5 %
Hôpitaux civils.....	6,7 %
Hôpitaux militaires..	9,4 %
En temps de guerre.	11,4 %

En moyenne 7,4 %.

Il faut singulièrement en rabattre.

Liebermeister de Bâle, d'après M. G. Sée, accuse, de 1844 à 1864, par diverses médications, une mortalité de 26 % ; par les bains froids, combinés avec l'acide salicylique et avec le sulfate de quinine, elle n'est plus que de 9,50 % de 1865 à 1874. (94.)

M. Mayet de Lyon, cité par M. G. Sée, constate à Lyon une mortalité de 10,74 % par les bains froids, de 14,48 % sans les bains froids. (57.)

M. Boudet, aussi de Lyon, renverse la proportion ; il trouve, sur un relevé de neuf années, dans les hôpitaux civils, par les bains froids, une mortalité de 15,10 % ; dans les hôpitaux militaires, par les médications ordinaires et les bains froids exceptionnels, une mortalité de 13,39 %. (215.)

Pour discuter les résultats acceptés et produits avec tant de confiance par M. Bouley, M. Peter puise ses arguments dans un travail considérable de M. Ricklin. Voici d'abord une statistique de Schmidt

(d'Erlangen), un partisan de la méthode de traitement par les bains froids :

De 0 à 15 ans.	Mortalité	0.	
De 16 à 30	—	—	10.1 %
De 31 à 45	—	—	29.1 %
			} 19.6 %

M. Ricklin prouve que Brand perd 12 % à l'hôpital.

A l'hôpital Rodolphe, de Vienne, le traitement de la fièvre typhoïde, par l'eau froide, a donné, de 1875 à 1881, une mortalité moyenne de 22,64 % ; en 1877, 19,6 ; — en 1879, 23,2 ; — en 1878, 24,3 ; — en 1881, 27,5 ; — et, en 1876, 30 % !!

A l'hôpital de Béthanie, à Berlin, toujours par les bains froids, de 1868 à 1876, mortalité moyenne 13,2, et de 1877 à 1881 inclus, 13,9.

En 1875, dans *les Annales de la charité de Berlin*, M. Stricker constate les résultats suivants :

Le nombre des typhoïdiques adultes, traités par :

Les bains froids, a été de 46 : Décès 8, = 17,3 %.

Le salicylate de soude a été de 30 : Décès 6, = 20 %.

« Je sais bien, dit M. Peter, que Brand et ses adhérents ont deux échappatoires. La première consiste à dire que la méthode n'a pas été appliquée dès le début de la maladie. *Dès le début !* M. Blot a d'emblée parfaitement vu le défaut de la cuirasse. Dès le début ! c'est-à-dire dès qu'un individu a 38° dans le rectum ! Dès le début ! c'est-à-dire avant qu'on ait pu faire aucune espèce de diagnostic. Dès le début ! c'est-à-dire, d'une part, chez des individus qui n'ont pas la fièvre typhoïde et ne l'auront pas, de sorte

qu'en définitive un grand nombre de malades sont baignés, qui n'ont pas eu la fièvre typhoïde; un grand nombre sont ainsi guéris, qui ne l'ont pas eue, cette fièvre, et sont portés par Brand et ses disciples dans les statistiques de la fièvre typhoïde; statistiques qui, pour le coup, celles-ci, méritent bien l'épithète de menteuses. Dès le début ! De sorte qu'enfin, d'autre part, Brand vous objecte pour les cas de *vraie* fièvre typhoïde, diagnostiqués avec certitude au cinquième ou sixième jour, que si la mort est survenue, c'est que vous ne les aviez pas baignés dès le premier jour. » (367 à 368.)

Deuxième échappatoire de Brand : si on ne baigne pas le malade toutes les trois heures, tant que sa température rectale dépasse 38°5, on n'applique pas la méthode d'après les vrais principes.

C'en est donc bien fini du cauchemar de l'hydrothérapie dans la fièvre typhoïde ! Bien longtemps avant Darwin, on connaissait la sélection à Sparte ; on la pratiquait sur les enfants. La science moderne la pratique sur les rhumatisants et les typhoïdiques. Heureux et forts les petits Spartiates qui sortaient sains et saufs d'une simple immersion dans l'Eurotas ! Heureux seulement les pauvres malades qui résistent aux bains froids répétés et prolongés !!

VIII. — STATISTIQUES GÉNÉRALES.

Les statistiques françaises, citées dans la discussion, portent presque toutes sur un petit nombre de malades. Elles n'en sont pas moins très intéressantes à étudier, et dans leurs détails, et dans leur ensemble. Le tableau suivant les résume :

FIÈVRE TYPHOÏDE

STATISTIQUES FRANÇAISES.

Pages	AUTEURS MM.	SOURCES ET RENSEIGNEMENTS	Mortalité sur 100 malades
1002	Duboué de Pau.	Traitement par ergot de seigle	18.75
1007	Duboué de Pau.	id. id.	5.86
1033	Ducastel.	Hôpitaux de Paris en juin 1881	21.70
id.	id.	id. en août 1882	22.12
1322	Rochard (Jules).	Epidémie militaire de 1865.	26.60
1356	Hardy.	Dans son service à la Charité en août et septembre 1882.	13.00
id.	Desnos:	Dans son service, cité par M. Hardy.	9.00
id.	Dujardin-Beaumetz.	Dans son service, cité par M. Hardy, 7 novembre 1882.	4.59
1365	id.	Dans son service, nouveau renseignem. du 21 nov. 1882.	10.00
1205	Perrin (Maurice).	Ecole militaire en 1882.	7.60
56	Cadet-Gassicourt.	Cité par M. G. Sée, serv. d'enf.	8.35
310	Vulpian.	Hôtel-Dieu de Paris, en 1881.	10.10
311	id.	Dans son service en 1882.	6.54
87	Colin (Léon).	Armée française en 1877.	14.8
id.	id.	id. 1878.	13.8
id.	id.	id. 1879.	14.00
197	Jaccoud.	Statistique personnelle 1 ^{re} janvier 1867 au 31 déc. 1882.	10.83

IX. — L'ARRÊT.

De ces résultats bien modestes et bien honnêtes on ne peut cependant rien conclure. Ainsi le premier chiffre de M. Duboué, de Pau, résulte de 3 décès sur onze malades; le second chiffre, de ces mêmes trois décès sur cinquante-et-un malades. Le 7 novembre 1882, M. Dujardin-Beaumetz compte quatre décès sur 87 malades, 4.59 % ; le 21 novembre, le nombre des

malades ne s'étant élevé qu'à 90, les décès s'élèvent à 7, soit 7,77 % ; puis, selon M. G. Sée, le nombre des malades de M. Dujardin-Beaumetz s'étant élevé à 95, la mortalité est montée à 9, ce qui donne 10,5 %.

La mortalité, dans le service d'enfants de M. Cadet-Gassicourt, n'est que de 8,35 %. Mais tout le monde sait que la fièvre typhoïde est beaucoup plus bénigne chez les enfants que chez les adultes, témoin la statistique de Schmidt citée plus haut. Les chiffres comparatifs, pour juin 1881 et août 1882, dans les hôpitaux de Paris, semblent indiquer une plus grande bénignité de la fièvre typhoïde en 1881 qu'en 1882. C'est le contraire qui est exact. En effet, le tableau pour 1881 peut se résumer ainsi :

Malades en traitement au 27 décembre 1880.	191
Entrés du 27 décembre 1880 au 31 décembre 1880 et dans la 21 ^e semaine manquant au Bulletin.....	315
Du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 1881 :	
Du dehors.....	3,769
De l'intérieur.....	85
Total.....	<u>4,360</u>
Sorties : du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 1881	3,180
Décès : id.	906
Restant en traitement au 1 ^{er} janvier 1882..	<u>274</u>
Total égal..	<u>4,360</u>

D'où ressort une mortalité de 20,77 % et, en ajoutant les décès proportionnels sur les 274 malades

restant en traitement au 1^{er} janvier 1882, une moyenne de 22,08 %.

En 1882 on a :

Au 1^{er} janvier : En traitement..... 274

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 1882 :

Provenant du dehors..... 9,045

— de l'intérieur..... 98

Total..... 9,417

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 1882 : Sorties.. 7,215

— — Décès... 1,462

Restant en traitement au 1^{er} janvier 1883... 740

Total égal... 9,417

D'où ressort une mortalité de 15,52 % et, en ajoutant les décès proportionnels sur 740 restants, une moyenne de 16,73 %. Ainsi la fièvre typhoïde a été beaucoup plus bénigne, ou beaucoup mieux traitée dans les hôpitaux de Paris, en 1882, année de l'épidémie, qu'en 1881.

Chose remarquable, la moyenne entre ces deux années, 19,40 %, est sensiblement la même que celles obtenues par M. Jaccoud, provenant des statistiques d'Europe et d'Amérique : 19,74 o/o sur 64.468 cas; 19,23 o/o sur 80,149 cas.

Selon M. Jaccoud, ces moyennes « expriment la mortalité générale *naturelle* de la fièvre typhoïde. » (179.) C'est à faire rentrer sous terre les éclectiques comme les systématiques et tressaillir de joie les homœopathes ! C'est supposer que tous les traitements, si variés soient-ils, n'influencent nullement la

fièvre typhoïde ; que les pires n'augmentent pas, que les meilleurs, celui de M. Jaccoud excepté, ne diminuent pas la mortalité. Ou les académiciens dormaient tous, ou bien ils sont le meilleur des publics, et le moins susceptible.

Il était cependant bien facile à M. Jaccoud, compulsant tant de renseignements, de comparer les résultats de l'expectation avec ceux des diverses médications ; les premiers lui eussent donné la moyenne de la mortalité générale *vraiment* naturelle dans la fièvre typhoïde.

Magendie a prouvé, par une longue pratique, à l'Hôtel-Dieu, que l'expectation absolue donnait des résultats de beaucoup préférables à ceux des traitements en usage dans les hôpitaux de Paris. Forget a proclamé l'expectation comme une méthode prudente et sage. Il a publié des observations de fièvre typhoïde très grave, dans lesquelles la guérison a été due à la seule expectation : une entre autres de fièvre prolongée, aggravée, entretenue par un traitement incohérent ; l'expectation a déterminé une prompte amélioration, puis la guérison. (Forget, *Traité de l'entérite folliculeuse*, p. 818).

Tous ses contemporains préconisaient l'expectation de préférence à tous les autres traitements, moins le leur. Aujourd'hui encore, à l'Académie, si on allait aux voix sur le rang à donner aux médications diverses, — les excellentes au premier rang, les bonnes au second, les mauvaises au troisième, — chaque médication aurait une voix, celle de son défenseur comme la meilleure, l'expectation réunirait l'unani-

mité comme la bonne ; chacune des autres réunirait l'unanimité des voix moins une, comme la pire.

Depuis cinquante ans, on ne peut nier les succès de l'Homœopathie dans les cas simples, même dans les cas les plus graves, surtout dans ceux qui ont été reconnus désespérés par les plus grandes célébrités médicales. Que font les adversaires de l'homœopathie ? Ils attribuent ses succès à l'expectation comme ceux de Magendie et de Forget.

Soit. — Eh bien ! Depuis plus de trente ans l'Homœopathie a fait ses preuves au grand jour. Dans la pratique particulière, c'est par milliers que les médecins homœopathes comptent les cas de fièvre typhoïde. Pour la pratique hospitalière, le contrôle le plus sévère s'est exercé, de 1849 à 1862, sur la clinique de J.-P. Tessier, à Ste-Marguerite, à Beaujon, à l'hôpital des Enfants. Depuis 1871, la clinique de l'hôpital St-Jacques est publiée intégralement tous les trois mois. Comme toujours, la mortalité par la fièvre typhoïde est, pour ces douze dernières années, de 7 o/o. Dans la clientèle particulière elle est de beaucoup inférieure ; elle ne dépasse guère 5 o/o ; elle n'atteint pas 6 o/o.

M. G. Sée traite fort mal l'expectation, les expectants surtout ; il dit : « La méthode expectante est de toutes les méthodes celle qui donne les plus mauvais résultats, et, sans vouloir attacher *aux chiffres une valeur plus grande qu'ils n'en ont*, je rappellerai que, d'après *toutes les statistiques*, c'est celle qui fournit la mortalité la plus élevée. Elle est plus élevée en particulier que celle qui résulte de

l'emploi de la méthode antithermique et je l'ai déjà démontré dans l'une des dernières séances. » (228.)

Or, voici sa démonstration. Il cite les chiffres de M. Mayet de Lyon : « 649 cas ont été traités par des *méthodes diverses, y compris l'expectation*, et ont fourni une mortalité de 14,18 % ; 335 cas soumis aux bains froids ont donné 36 décès, soit 10,74 % . » (57.)

Evidemment, M. G. Sée connaît son Académie comme M. Jaccoud. Il rappelle toutes les statistiques dans lesquelles l'expectation entre pour une part ; il n'en indique et n'en précise aucune. On l'eût fort embarrassé si on lui eût demandé où il les a vues.— Nullement, il s'en serait référé aux moyennes de M. Jaccoud.

Il traite les chiffres avec une indifférence de bon goût, ce qui ne l'empêche pas de les citer à l'appui de son opinion. Il confond diverses méthodes avec l'expectation et il impute à celle-ci la mortalité totale de 14,18 o/o. Il se garde bien de faire la part de l'une et des autres. Cependant les bons comptes ne font pas que les bons amis ; ils font les bonnes cliniques.

M. G. Sée fait bon compte à l'expectation. Il l'accuse d'amener une débilitation effrayante en prolongeant la maladie, de produire la prostration physique, la déchéance trophique du malade (54, 55) ; et cela, dans la même page où, venant de décrire l'expectation comme l'entendait Forget, son premier maître, il s'est exprimé ainsi : « Voilà ce qui caractérise la méthode expectante ; je consens à l'adopter et à l'adapter aux cas les plus bénins, les plus réguliers,

qui suivent ponctuellement le programme classique de la fièvre typhoïde. » (54.)

Si l'expectation est si précieuse dans les cas bénins, réguliers, comment peut-elle les transformer en cas graves et prolonger la maladie ? Si elle peut avoir ces résultats déplorables, pourquoi M. G. Sée consent-il à l'adopter et à l'adapter à ces cas bénins ? L'adoptant et l'adaptant, le voilà au rang de ces expectants qu'il blâme si fort de n'intervenir qu'au moment opportun. Si, au contraire, il intervient dès le début, quand adopte-t-il et adapte-t-il l'expectation ? Enfin, intervenant dès le début, ne risque-t-il pas de transformer un cas léger en un cas grave, comme cela s'est vu, comme M. Hardy l'a vu, comme cela se voit tous les jours ?

Ces questions insolubles posées, voici les conséquences du fameux chiffre, 14,48 o/o attribué aux méthodes diverses, y compris l'expectation, ou mieux, dans la pensée de M. G. Sée, à l'expectation seule. Cette mortalité moyenne est de beaucoup inférieure à la moyenne générale donnée par M. Jaccoud et à celle fournie par les hôpitaux de Paris.

Mortalité.

Par les Médications diverses.— Hôpitaux

de Paris, 1881 et 1882..... 19.40 %

Par l'Expectation, d'après M. G. Sée..... 14.48 %

Par l'Homœopathie, hôpital St-Jacques :

1871 à 1883..... 7.23 %

Qu'en pense M. G. Sée ?

Si les succès de M. Duboué, de Pau, se confirment, ils rendront plus général l'emploi de l'ergot de sei-

gle. Depuis longtemps, la thérapeutique positive a reconnu les indications de ce médicament et l'emploi dans certains cas de fièvre typhoïde. Il n'est pas un homœopathe qui ne s'incline avec empressement devant l'arrêt souverain de la statistique. M. G. Sée est trop loyal pour ne pas prendre le même parti ; mais il est trop haut placé pour lire l'arrêt, fût-il imprimé en gros caractères, à plus forte raison en petit texte.

Quant à la méthode de Brand, c'est autre chose. Les chiffres vainqueurs, transportés par M. Bouley des bords de la Sprée sur les bords de la Seine, sont contredits par les relevés de M. Peter, provenant de toutes les sources. Les statistiques, notamment celle de Brand et celles de MM. Von Lauer et Strube, citées avec enthousiasme par M. Bouley, sont aussi contestées que bruyantes.

Fussent-elles aussi exactes que M. Peter les trouve menteuses, il y aurait plus d'une réserve à faire. D'abord la mortalité de 7, 40 o/o incombant à la méthode de Brand, appliquée par lui-même, est encore supérieure à celle de l'humble hôpital homœopathique St-Jacques, 7, 23 o/o. Ensuite, la méthode de Brand est une loterie ; elle offre de redoutables numéros et en grand nombre : 37 selon M. Bouley, 60 à 100 selon M. Peter, sur 500. Malheur aux malades à qui le sort les réserve ! Presque tous ils eussent guéri par l'expectation, plus sûrement par l'homœopathie ; ils meurent : celui-ci d'une hémorragie intestinale ; celui-là d'une hémoptysie ; l'un succombe à une congestion pulmonaire, l'autre

est foudroyé par une syncope au fond de sa baignoire, etc. etc. En un cas pareil, qui ne préférerait être la victime plutôt que le médecin ?

CHAPITRE VII.

TO BE OR NOT TO BE.

1. — RÉSUMÉ.

Ce dernier chapitre devait être le plus court, par conséquent le meilleur. Au point de vue critique, il suffisait de citer le résumé de M. J. Rochard et l'appréciation de M. Blot.

M. J. Rochard s'exprime ainsi : « Nous avons entendu des discours en trois points, en trois séances, de véritables trilogies ; mais à part le vif plaisir que nous en avons retiré, à quoi ont abouti ces luttes savantes ? à une négation qui a été formulée par une des voix les plus autorisées, les plus religieusement écoutées qui se puissent faire entendre à la tribune. M. Vulpian nous a déclaré que, sous le rapport des résultats, tous les traitements pouvaient être placés sur la même ligne ; qu'on perdait autant de malades en suivant la méthode rationnelle ou la méthode expectante armée ou non armée, qu'en se livrant aux traitements exclusifs par le salicylate de soude, le sulfate de quinine ou les bains froids. Voilà où la thérapeutique nous a conduits. » (485.)

Il eût été plus exact de dire : voilà où en est la thérapeutique.

Plus laconique, M. Blot constate que l'accord est

impossible, et sur les causes, et sur le traitement de la fièvre typhoïde, et, en académicien du Danube, il s'écrie : « L'Académie irait donc étaler devant les pouvoirs publics *cette espèce* d'ignorance qui est la seule conclusion réelle de ces débats ? »

Trop tard le sage avertissement ! L'Académie avait déployé trop de luxe et de prodigalité dans cet étalage pour ne s'en pas faire honneur devant les pouvoirs publics. Aussi n'y a-t-elle pas manqué.

II. — LA SCIENCE MODERNE.

Après de telles sentences, s'il n'avait eu d'autre objet que la critique, tout ce travail lui-même était inutile. Mais c'est à la cause de cette ignorance qu'il faut s'attaquer, par conséquent, à la prétendue science moderne, dont la médecine tout entière subit le joug. Parmi les représentants des hypothèses et des tentatives physico-chimiques, les plus illustres ont pris la parole dans cette discussion. Seul, M. Peter s'est levé pour protester avec une énergie virile et une conviction profonde. Malgré des prodiges d'éloquence, sa voix n'a pas eu d'écho à l'Académie. Celle-ci est restée impassible ; sur ses bancs, on aurait dit des savants pétrifiés par la science moderne.

La science moderne ! elle a mis au rebut la métaphysique, mais elle est obsédée par l'idée de cause ; elle se dit positiviste, elle est en réalité matérialiste ; elle se targue de réalisme, elle pousse l'idéalisme jusqu'au mysticisme germanique ; elle tient pour de

vaines abstractions les forces, les espèces elles-mêmes, et elle multiplie comme à plaisir les entités les plus chimériques ; elle nie l'esprit et jusqu'à la vie ; du premier elle fait une fonction du cerveau, de la seconde une propriété de l'organisme ; de la vie, elle en a horreur ; elle la refuse aux grands animaux, à l'homme, même aux savants ; elle ne l'accorde qu'aux microbes. L'homme est une cornue, le lapin un creuset, le cobaye un matras, le mouton un tonneau ; dans ces récipients se produisent des actions physiques et des réactions chimiques, d'où résultent la sensibilité, l'activité, l'intelligence, la santé et la maladie ; quant à la mort, sans l'intervention des microbes, elle n'arriverait que par un accident à la cornue, au creuset, au matras, au tonneau.

La science moderne, elle est logiquement fataliste, et elle se réclame de la liberté ; aussi est-elle intolérante à l'extrême, et, par antiphrase, elle se dit libérale ; elle prétend ne connaître que des phénomènes et des objets ; elle n'en constate pas un sans en tirer une hypothèse. Elle se vante de découvrir et d'imposer des lois, — car les lois s'imposent, — une loi par jour ! Elle n'accumule que des contradictions étayées sur des analogies et des probabilités. Elle affiche la nouveauté, et elle ne forge que des barbarismes avec de vieilles racines grecques. Elle cherche le dernier mot de tout, elle ne trouve le premier mot de rien. Moderne ! pour mériter ce titre, elle veut renouveler tout de fond en comble, ou mieux poser les assises d'un monde nouveau. Aussi ses adeptes se prennent-ils pour leurs propres ancêtres ;

Ils la font dater d'eux-mêmes, non pas d'hier, mais du jour présent, ceux-ci du matin, ceux-là du soir, et, contraste étrange, les plus austères comme les plus orgueilleux, de l'avenir !!

Combien, et des plus respectables, se laissent, par amour du progrès, prendre à ses illusions ? on ne le sait que trop maintenant ; bientôt oubliant, et la tradition, et la méthode expérimentale, ils cèdent à l'entraînement général. Elle est donc bien séduisante la science moderne, petite fée contrefaite, fardée, affublée d'oripeaux à la mode, et, qui pis est, masquée ! Eh bien ! partout où elle la rencontrera, la critique lui arrachera son masque et lui cassera ses béquilles.

III. — LA MÉTAPHORE.

Grâce à la science moderne, la confusion a ramené le langage médical à la tour de Babel. Rien d'étonnant à cela ; on recommence. Donc, pour les modernes antédiluviens, contagion, virulence, infection, inoculation, empoisonnement ou intoxication, c'est tout un.

Il y a cependant encore quelques Français, même à l'Académie française où siège M. Pasteur, assez arriérés pour faire des distinctions et pour donner à ces mots les significations suivantes :

CONTAGION : Transmission d'une maladie d'un individu à un autre par l'effet d'un contact immédiat. Ainsi, la gale, la teigne.

INFECTION : Action exercée sur l'économie par des miasmes. Littré et Ch. Robin ajoutent comme développement : « L'infection se propage, mais ce n'est

pas par le contact; c'est en altérant l'air ambiant. Ainsi: le choléra, la fièvre jaune, la variole, la fièvre typhoïde elle-même, sont regardés comme maladies infectieuses.

VIRULENCE : Propriété de certains produits morbides de déterminer une maladie, semblable à celle qui les a engendrés, dans un organisme, lorsqu'ils y sont introduits, soit par inoculation, soit par une surface absorbante ou dénudée. Les effets de la virulence sont indépendants de la quantité du produit inoculé. Ainsi: la morve, le charbon, la rage, la syphilis, etc.

INOCULATION : Opération par laquelle on introduit artificiellement, dans un organisme, un virus ou une substance étrangère. Ainsi l'inoculation variolique ou vaccinale. La septicémie produite par une piqûre d'instrument, la rage par la morsure du chien, sont de véritables inoculations, mais accidentelles.

POISON : Substances étrangères, parfaitement définies, qui, introduites dans l'organisme, y produisent des effets constants et proportionnels à leur quantité.

Aussitôt qu'on s'écarte de ces définitions, pour si peu que ce soit, dans une leçon, dans un discours ou dans un écrit, c'en est fait de l'exactitude et de la rigoureuse précision des termes exigés par la méthode. On quitte le terrain solide de la science pour entrer dans le domaine de la métaphore, des analogies et des caprices de l'imagination.

Trousseau a puissamment contribué à obscurcir la question de la contagion. Il admettait, et tous les

pathologistes à sa suite admettent la contagion médiate. Ainsi la contagion de la rougeole, de la scarlatine, de la variole, du choléra, de la fièvre typhoïde elle-même. Cette opinion est plus que discutable ; pour le moment, il suffit de montrer qu'entre la contagion immédiate par contact réel, et la contagion médiate, c'est-à-dire à distance, il y a la même différence qu'entre une poignée de main à l'anglaise et un salut de la main échangé d'un bout de la rue à l'autre.

Quant à la contagion médiate de la fièvre typhoïde, elle a été, à propos de l'hygiène, réduite, sinon à l'absurde, du moins à zéro. De sa contagion immédiate il ne saurait être question.

Identifier la contagion et l'infection, c'est assimiler la gale et la teigne à la fièvre paludéenne et au typhus des camps.

Rien ne ressemble plus à un cas de choléra que l'empoisonnement aigu par l'arsenic, à la fièvre typhoïde que l'empoisonnement par le sublimé corrosif ; donc le choléra et la fièvre typhoïde sont des empoisonnements. Tout cela c'est de la métaphore traduite par un anglais. Un spadassin reçoit un coup d'épée dans la poitrine, pneumonie consécutive ; un paisible bourgeois est pris, au coin de son feu, ou sur le boulevard, d'une pneumonie ; donc le paisible bourgeois a reçu un coup d'épée : pneumonie, coup d'épée ! !

Ce beau raisonnement se continue. La gale a pour cause l'acare ; donc toutes les maladies doivent avoir leur microbe, depuis la fièvre typhoïde jusqu'à

la peste, depuis la tuberculose et la diphthérie jusqu'à la verrue et au cor au pied.

De ce que la variole est une maladie inoculable et qu'on la considère généralement comme contagieuse, il s'ensuit que toutes les maladies inoculables sont contagieuses ; donc la syphilis est contagieuse, la morve contagieuse, la rage contagieuse ; pour le coup, Charles-Albert est dépassé ! Donc, réciproquement, la fièvre typhoïde, le choléra, la fièvre jaune, l'érysipèle, maladies tenues pour contagieuses, doivent avoir chacune un virus, un microbe spécial, et être inoculables. Corollaire : toutes les quantités égales à une autre étant égales entre elles, la contagion, l'infection, la virulence, l'inoculation accidentelle ou non, sont des empoisonnements. Ce qui revient à dire que le cercle est un carré, ou un triangle, ou un solide, puisqu'il est, comme ces trois derniers, une figure de géométrie.

Telle est la série de raisonnements au moyen desquels on a voulu établir cette proposition :

La fièvre typhoïde est infectieuse et contagieuse ; or l'infection et la contagion sont fonction d'un microbe, d'un virus ; donc la fièvre typhoïde, qui est aussi un empoisonnement, est virulente ; donc elle est inoculable. Brunet aurait dit : donc *elle doit être* inoculable.

IV. — LE SPÉCIFICISME.

Jamais, dans les plus mauvais jours de la scolastique, ou même de la décadence romaine et de la dé-

cadence grecque, on n'a fait un pire usage de la raison. Jamais pareil déluge de sophismes, pour ne pas dire de divagations ! Telle est l'influence du milieu, que les esprits les plus distingués, les intelligences les plus élevées, la subissent en s'efforçant de la combattre. On est tenté de désespérer, en voyant des savants de premier ordre, comme M. Vulpian, céder au torrent.

Du moins M. Vulpian n'est pas affirmatif à la façon des pseudo-pathologistes. Sur un seul point il ne varie pas ; il croit à l'agent typhogène ; mais il avoue ne pas le connaître. A trois reprises déjà il a transformé son idéal. Une quatrième fois il y revient : « La fièvre typhoïde, dit-il, ne *peut-elle pas* être comparée *jusqu'à un certain point* aux fièvres de marais ? De même que les fièvres exanthématiques et que d'autres affections, n'est-elle pas aussi une maladie *sui generis*, une maladie spécifique ? *Il est possible* que l'on trouve, un jour ou l'autre, une sorte de vaccin de la fièvre typhoïde. (*Cette dernière phrase en note.*)

« C'est donc par un traitement spécifique que l'on parviendra, *sans doute*, dans un avenir *plus ou moins* prochain, à l'enrayer dans les premiers jours de son évolution ; alors seulement nous posséderons une véritable médication curative de la fièvre typhoïde. *Peut-être une éventualité accidentelle, imprévue*, mettra-t-elle un traitement de ce genre entre nos mains ; mais il y a certainement autre chose à faire qu'à compter sur le hasard.

« En théorie, deux voies se présentent, qui *pourraient* l'une et l'autre conduire à un traitement cura-

tif de la fièvre typhoïde : *ou bien il faudrait découvrir l'agent typhogène, et une fois qu'on le connaîtrait bien, chercher à le détruire ou à le paralyser dans les humeurs et les tissus des typhiques ; ou bien il faudrait trouver des médicaments qui puissent agir sur la substance organisée, pour la rendre réfractaire aux agressions de l'agent typhogène, ou pour faire disparaître les effets de ces agressions, c'est-à-dire pour produire, relativement à la fièvre typhoïde, ce que détermine le salicylate de soude, par rapport au rhumatisme articulaire aigu.*

« Laquelle de ces deux routes mènera les investigateurs à la découverte d'un traitement vraiment curatif de la fièvre typhoïde ? *Je n'en sais rien*, mais, suivant moi, il faut non pas décourager par des paroles de dédain les *tentatives nouvelles*, mais les provoquer au contraire, en leur recommandant la prudence. Je ne suis point de ceux qui n'ont pas la foi médicale ; je crois ardemment à la thérapeutique, à ses progrès, à son avenir et je ne doute pas qu'un jour *ou l'autre* l'impuissance de la médecine dite *rationnelle* ne le cède complètement à l'efficacité de la médecine spécifique. » (314-315.)

M. Vulpian signale deux routes : il ne parle pas des embranchements ; les mots en italiques en indiquent quinze ou seize, plus les réserves et les aveux sincères.

Qu'y a-t-il au fond de ce probabilisme ?

M. Vulpian espère qu'une fois en possession de son traitement spécifique, il pourra enrayer la fièvre

typhoïde. La prévenir, c'est possible, et encore par d'autres moyens que l'inoculation.

Il y a longtemps qu'on ne jugule plus les phlegmasies elles-mêmes. Une pneumonie jugulée en moins de cinq jours, n'est pas une pneumonie. Quant au rhumatisme articulaire aigu, malheur au rhumatisant dont on jugule l'arthrite avec le salicylate de soude ou le bain froid !

Comment M. Vulpian, si ferme, si rigoureux en physiologie, est-il aussi incertain, aussi flottant en pathologie et en thérapeutique ? Il a constaté que les acides salicylique, borique, phénique et leurs sels, n'abrègent pas la durée de la fièvre typhoïde ; aussi n'est-il que médiocrement satisfait.

Où a-t-il vu qu'on pût abrégér une maladie à évolutions constantes, la rougeole, la scarlatine, la variole, la fièvre typhoïde ? Elles ne peuvent être abrégées que par la mort.

La fièvre typhoïde ne pouvant être jugulée, que peut bien entendre M. Vulpian par un traitement vraiment curatif ? Sans doute celui qui assure la guérison dans tous les cas. En connaît-il un de ce genre pour une maladie quelconque, la pneumonie, la pleurésie, la bronchite, pour parler des plus simples ; la syphilis, la fièvre intermittente, la fièvre pernicieuse, pour citer celles qu'on regarde comme spécifiques ? Non, certainement.

M. Vulpian se demande si on ne pourrait pas comparer, jusqu'à un certain point, la fièvre typhoïde aux fièvres de marais ? Comparaison n'est pas raison, et la restriction est prudente.

Depuis un certain nombre d'années, la spécificité du sulfate de quinine contre ces fièvres a singulièrement pâli. On a employé l'acide arsénieux avec Boudin, puis l'acide phénique ; aujourd'hui on vante l'acide salicylique.

Voilà donc le quatrième idéal de M. Vulpian : un spécifique de la fièvre typhoïde ; son espérance, une éventualité accidentelle, imprévue, le hasard, sans cependant trop y compter. On a attendu vingt siècles, depuis Hippocrate, un spécifique, aujourd'hui incertain, le quinquina.

Aussi, M. Vulpian ne s'endort-il pas sur ce chimérique espoir ; il cherche, il hésite, il tâtonne. Par moments il se résout à l'expectation. « Pour ceux de nos confrères, dit-il, auxquels je fais allusion (les expectants), l'idéal de la thérapeutique, qu'il s'agisse de la fièvre typhoïde ou de tant d'autres affections, c'est d'obtenir que ces maladies suivent sans encombre *leur marche naturelle* depuis leur début jusqu'à la fin de leur évolution. Surveiller cette marche, chercher à modérer ceux des troubles ordinaires qui tendent à s'exagérer, prévenir autant que possible les complications, les combattre lorsqu'elles se sont produites ; en d'autres termes ne pas intervenir, lorsque la maladie suit son cours sans accidents ; agir avec décision, si quelque danger se présente... C'est là ce qu'on nomme l'expectation ou encore la médecine des indications. Oui, certes, c'est là une sage ligne de conduite et je la suis aussi d'une façon générale, mais avec un vif sentiment de regret de ne pouvoir faire mieux. » (312 et 313.)

Et si, en cherchant à faire mieux, on fait pis !

Autre hésitation, réminiscence atavique ! « Les saignées, dit M. Vulpian, modifiaient le sang et le rendaient *peut-être* moins propre à servir de *milieu* de pullulation pour les germes morbides ou pour les agents typhogènes, *quels qu'ils soient*...

« D'autre part, les purgatifs peuvent agir en débarrassant l'intestin des substances morbifiques qu'il contient et en provoquant l'issue, par cette voie, d'une certaine quantité de principes nuisibles que renferment le sang et les divers tissus. » (312.)

M. Vulpian est évidemment en proie à de nombreuses obsessions : l'idée de cause, le besoin de tout expliquer ; l'agent typhogène, unique ou multiple, le germe, le ferment, le contagé, le milieu de culture etc., etc. Rien ne le satisfait : ni l'expectation, parce qu'il ne peut expliquer ses effets, soit sur le microbe, soit sur son milieu de culture, l'organisme malade ; ni les antiseptiques, les parasitocides ; car, ne les trouvant pas assez antiseptiques et parasitocides, il explique leur action, comme tels, indirectement, par leurs effets antithermiques. Il n'y a qu'un point sur lequel il se prononce : sa préférence donnée à l'acide salicylique sur le sulfate de quinine.

Le voilà donc à la poursuite de son quatrième idéal, le fameux spécifique. Malheureusement, M. Peter démontre que la recherche d'un spécifique, contre la fièvre typhoïde, équivaut à la recherche de la quadrature du cercle ou du mouvement perpétuel. (232 à 236). Un souffle a suffi pour renverser le quatrième idéal.

Pour comble, M. G. Sée prononce un réquisitoire terrible contre l'acide salicylique, l'accusant des mêmes méfaits que le bain froid : délire, hémorragies intestinales, collapsus et, on peut même ajouter, syncope mortelle (150 à 155). Comment n'être pas ébranlé ?

M. Vulpian a beau résumer sa pratique par la plus belle des statistiques, supérieure à celle de Brand, et, par le fait, l'emporter sur tous ses confrères des hôpitaux ; il ne parvient pas à les convaincre ; il reste perplexe. Pour s'arracher aux affres du doute, il se jette dans les bras de la foi. « Oui, s'écrie-t-il, je crois ardemment. » Et il affirme sa foi médicale, sa foi dans l'avenir, dans les progrès de la thérapeutique. Encore une métonymie, la foi pour l'espérance. Il n'a foi ni dans le passé, ni dans le présent, puisqu'il n'espère que dans les progrès de l'avenir. Les progrès gigantesques de la science moderne, si vantés par M. Bouchardat, n'existent donc que dans l'imagination, ou mieux n'existent pas du tout. Et dans le passé ? mais il n'y a pas de passé pour la science moderne ! Bien sots ceux qui définissent ainsi le progrès : la conservation de toutes les vérités transmises par la tradition, l'élimination de ses erreurs et l'acquisition de nouvelles vérités ; toute la science, la vraie science est là. La science moderne prend le contre-pied de cette définition dans sa devise : *Destruam et non ædificabo*.

Le recommencement perpétuel, fondé sur l'individualisme expérimental, a été proclamé comme dogme du haut de la tribune, acclamé par le concile des

grands médecins, du moins par la majorité, promulgué enfin dans le *Bulletin officiel* de l'Académie (511, séance du 17 avril 1883).

Depuis longtemps il était généralement accepté. Comment s'étonner, dès lors, et de l'anarchie doctrinale, et de la stérilité de cette discussion ? En effacer le passé, c'est le détruire ; ignorer ses erreurs volontairement, méthodiquement, pour n'avoir pas à les écarter, c'est se priver de l'expérience antérieure et, du même coup, perdre tout le profit des vérités lentement acquises ; c'est se condamner à repasser péniblement par les premières, pour ne jamais revenir aux secondes ; car la recherche du jour ne doit tenir compte ni de l'erreur commise, ni de la vérité entrevue ou constatée la veille.

Aussi, que voit-on ? Les erreurs, ensevelies sous la poussière des siècles ou sous le ridicule, ressuscitent, pour le jugement dernier, il faut l'espérer : l'hyperthermie archaïque, les purgations galéniques, les antiseptiques, les toniques à outrance, les antiphlogistiques et les spécifiques de l'âge du bronze, etc. Puis la médecine du jour retourne au *sublatâ causâ* ; de toutes les définitions de la thérapeutique, elle choisit la pire, *ars sanandi*, parce qu'elle est fausse. Elle élimine toutes les vérités : la vraie définition de la médecine, *ars medendi* ; son principe fondamental, *Natura medicatrix* ; les notions élémentaires de la pathologie, l'aptitude, la prédisposition, l'individualité morbide, à plus forte raison la distinction des formes dans chaque maladie, etc., etc.

Et M. Vulpian ne doute pas que l'impuissance

la médecine rationnelle ne cède complètement la place à la médecine spécifique. Or, qu'on suppose découvert le spécifique de la fièvre typhoïde, est-ce que M. Vulpian le tiendra pour irrationnel ? Est-ce que le quinquina, le mercure et l'iodure de potassium, employés aujourd'hui comme spécifiques, sont, selon lui, irrationnels ?

Enfin, M. Vulpian, un instant incertain entre deux routes, choisit évidemment celle qui éloigne du but dans une direction diamétralement opposée. Cela importe peu ; l'autre en éloigne également par une direction oblique.

L'idéalisme et le mysticisme, voilà ce que cache le masque de la science moderne.

La voilà maintenant telle qu'elle est : l'envers de la logique, la négation de la méthode expérimentale.

V. — L'HAHNEMANNISME.

Voici une prophétie ; elle n'a pas grand mérite ; déjà à moitié réalisée, elle s'accomplira en entier, selon toute probabilité.

M. Vulpian tient à tout expliquer ; toujours l'obsession. Donc il donne de l'action médicamenteuse une vieille explication. S'il ne la présente pas comme nouvelle, il la prend du moins à son compte. Il cite l'opium, les solanées, la digitale et leurs alcaloïdes, le mercure, l'arsenic, les iodures, les bromures, les éthers, l'alcool, le chloroforme, le chloral, etc., et il dit : « Ces différents médicaments n'exercent une action thérapeutique qu'en produisant des effets

toxiques atténués. Le sulfate de quinine, l'acide phénique, l'acide salicylique n'agissent pas autrement. Comme les autres substances précitées, ils ne sont médicaments que parce qu'ils sont des *poisons*. On ne doit pas être dupe des mots, je répète que l'action de la plupart de nos médicaments réellement utiles n'est qu'une action *toxique légère*. Ce qui importe, c'est de maintenir cette action dans de sages limites, de peur que, si elle les franchit, de bienfaisante elle ne devienne nuisible, dangereuse, *léthifère* même. » (308.) Mettez *pathogénique* à la place de *toxique*, et vous croirez lire un passage de Hahnemann.

Rassurez-vous : si l'Hahnemannisme ouvre deux routes, une bonne et une mauvaise, s'il apporte une vérité et une erreur, la science moderne n'hésitera pas.

Or, il y a dans l'Hahnemannisme deux inductions d'un enjambement colossal, aussi spécieuses que chimiques, la seconde découlant de la première. Celle-ci, la substitution, a été adoptée avec empressement par Trousseau, et à sa suite par toute l'école, sous le nom de médication substitutive homœopathique. Moins réservé que Trousseau et plus moderne, par conséquent plus hardi dans l'hypothèse, M. Vulpian généralise la substitution et l'interprète comme Hahnemann. Il faut cependant reconnaître une légère différence, que l'expérience peut promptement effacer : M. Vulpian pousse l'action toxique aussi près que possible du point où elle devient dangereuse. D'autres viendront, ils paraissent déjà à l'horizon, qui se rangeront du côté d'Hahnemann. Ils

soutiendront, avec celui-ci, que l'action toxique ou pathogénique doit être la plus faible possible pour être la plus efficace. Qui sait si Hahnemann n'est pas dans le vrai en affirmant que la dose infinitésimale réalise seule ces deux conditions ? Son induction est logique ; celle de M. Vulpian ne l'est pas. Aussi M. Bouley, répondant à M. Jaccoud, dit-il :

« Supposons pour un instant, avec M. Duclaux, au livre duquel j'emprunte ces détails, que *l'aspergillus niger* soit un parasite qui s'attaque à l'homme, et fait naître une maladie par sa pullulation dans son organisme. Savez-vous quelle quantité de nitrate d'argent il faudrait pour arrêter cette pullulation dans un homme du poids de 60 kilogrammes ? Quarante milligrammes. Et si la pullulation avait lieu dans le sang exclusivement, cinq milligrammes suffiraient.

« Nous voilà bien loin des doses massives contre lesquelles M. Jaccoud a dirigé les traits de son ironie. Ce n'est pas par des masses qu'il faut s'attaquer aux microbes d'où procèdent les maladies ; c'est par les qualités spéciales des agents incompatibles. Il faut trouver le moyen de modifier le milieu intérieur des organismes infectés, de telle façon que la vie du microbe, c'est-à-dire sa culture, sa pullulation, s'y trouve tout au moins atténuée, sinon rendue impossible. » (p. 324.)

C'est la seule fois que la parole de M. Bouley n'ait pas été couverte par des applaudissements. Il a fait peur à l'Académie avec ses petites doses. Elle a entrevu les doses infinitésimales sous cette dorure

en faux de la science moderne. Tout y est cependant : la supposition, l'idéal, l'espérance, le possibilisme à la recherche des agents, le probabilisme avec les qualités spéciales, incompatibles, *occultes* autrefois ; en attendant, le réalisme : le poids du tonneau, c'est-à-dire de l'homme ; le poids du milieu, c'est-à-dire du sang, 7 kilogrammes 50, par la division ; les *doses opportunistes* du médicament ; la vie du microbe, ou plutôt sa culture, sa pullulation ; oui, son nom arraché à la vie et remplacé par deux autres, *ut adimpleretur quod dictum est* (Vide *suprà*, p. 676).

Donc Hahnemann a fait son entrée à l'Académie, grâce à M. Vulpian, par la substitution ; grâce à M. Bouley, par les doses infinitésimales opposées aux doses massives. Si MM. Pasteur et Bouley y tiennent, l'Hahnemannisme aura les honneurs d'un grand tournoi oratoire. Peut-être le discutera-t-on sous son vrai nom ? Hahnemann est du pays de Brand, de Koch, de Klebs, de Virchow, etc., sans parler des physiologistes et des philosophes, Schiff, Moleschott, Haeckel, Schopenhauer, Hartmann, qui font aujourd'hui autorité, non en France, mais dans la science moderne, en l'enveloppant de clair obscur. Peut être discutera-t-on l'Hahnemannisme comme une nouveauté ? Rien de plus simple ; c'est affaire de néologisme. Alors on l'affublera d'un masque allopathique ; on remplacera *homœo* par *anti* dans le nom générique des médicaments, avec des qualifications spéciales pour chaque espèce ; on discutera solennellement une caricature.

Non, cette caricature serait bien trop près de la

vérité. L'Académie ayant rejeté la méthode expérimentale et la logique n'entrevera la vérité qu'après avoir épuisé toutes les erreurs ; c'est la loi de l'esprit humain livré à l'empirisme seul, sans méthode. Donc l'Académie, bien longtemps avant l'Hahnemannisme, discutera toutes les élucubrations médicales, la dosimétrie, le mattæisme, la thérapeutique du rayon bleu, introduite récemment d'Amérique en France, etc., etc. Quant à l'Homœopathie, jamais, non pas à cause de son nom, — rien de moins gênant, — mais elle est la science, et la science met un terme à toutes les discussions oiseuses et retentissantes.

VI. — L'HOMŒOPATHIE.

La démonstration est faite : tous les traitements allopathiques de la fièvre typhoïde ont comparu à la barre de l'Académie. La plupart sont très dangereux ; les plus indifférents, non seulement inutiles, mais même nuisibles ; l'expectation leur est de beaucoup préférable et d'autant plus qu'elle est plus inoffensive, par conséquent qu'elle est plus désarmée. Sur ce point, ces longs débats, la statistique et la critique ont fait une fois de plus la lumière.

Une fois de plus, en effet, car elle était faite depuis longtemps, (1) non-seulement pour la fièvre typhoïde,

(1) *De la probité scientifique et professionnelle*, par le Dr A. Cretin : *Journal de la Société gallicane de médecine homœopathique*, 2^e série, tome IV, p. 433 à 463, et : *De l'Empirisme et du Progrès scientifique en médecine...* par un Rationaliste, p. 117 à 135. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1868.

mais encore pour toutes les autres maladies graves : pneumonie, rhumatisme articulaire aigu, diphthérie, etc. Dès lors se posait la question suivante : « Au nom de quel principe, au nom de quel *intérêt* repoussera-t-on la comparaison de l'homœopathie avec l'expectation dans chaque maladie ? Si de cette comparaison il résulte que l'homœopathie ne réduit pas la mortalité, ne diminue pas les complications, ne simplifie pas la marche des phénomènes naturels, ne hâte pas la terminaison heureuse, n'abrège pas la convalescence, ne prévient pas le passage de l'état aigu à l'état chronique ; si, en un mot, l'homœopathie n'est pas supérieure à l'expectation, il n'y a plus de thérapeutique. Il suffit d'apprendre l'hygiène dans les collèges et dans les écoles primaires. Il ne doit plus y avoir de médecins ; leur profession doit être rayée du livre sacré du travail. » (*De l'Empirisme et du Progrès scientifique en médecine*, p. 135).

Expérimentateur de génie, sceptique à la façon de Montaigne, en philosophie, en physiologie même, à plus forte raison en thérapeutique, Claude Bernard avait été vivement frappé par ce passage. Très heureux de n'avoir à se prononcer ni dans un sens ni dans l'autre, il disait volontiers : « la médecine ne sortira pas de ce dilemme. »

L'Académie et la Faculté n'ont pas encore fait leur choix entre les deux termes ; elles ne le feront que contraintes et forcées : il est connu d'avance.

En effet, depuis cinquante ans, chaque année, la statistique atteste plus nettement la supériorité de la médication homœopathique sur l'expectation, à plus

forte raison sur tous les traitements allopathiques. Comment donc et pourquoi la médication homœopathique, bien loin d'être universellement adoptée, rencontre-t-elle à la Faculté, à l'Académie, partout, une opposition systématique? La raison en est simple : par le temps de sélection qui court, s'il y a un choix à faire entre une vérité et une erreur, entre une bonne et une mauvaise route, c'est l'erreur, c'est la mauvaise route qu'on choisit.

Certes, quoiqu'on en ait dit, Hahnemann a le premier formulé la loi des indications positives. Chose étrange, quoiqu'assez fréquente, il l'a tirée d'une analogie fausse, *felix culpa* ! Heureusement, il a bien vu les faits ; mais il était allemand ; comme M. Vulpian, il tenait, tout en s'en défendant, à donner une explication. De là son hypothèse de la substitution homœopathique, substitution d'une petite maladie artificielle à une maladie naturelle ; puis, comme conséquence et par induction, l'efficacité des doses infinitésimales. Grâce à cette induction, la substitution homœopathique n'offre aucun inconvénient ; elle n'existe pas. Il n'en est pas de même de la substitution toxique de M. Vulpian, si légère soit-elle. La substitution antipathique est seulement palliative, transitoire, et encore dans des conditions exceptionnelles : l'opium et le chloral contre l'insomnie ; les injections sous-cutanées de morphine et le chloroforme contre la douleur, etc. Dans les maladies graves, elle ne peut jamais s'appliquer qu'à un seul symptôme, tous les médecins le reconnaissent ; de telle sorte que la substitution antipathique n'est jamais que la mé-

dication d'un seul symptôme, non de la maladie.

Produire des symptômes toxiques différents de ceux de la maladie, à plus forte raison semblables ou identiques à ces derniers, c'est simplement déterminer une complication ou une aggravation, si légères soient-elles. A hautes doses, les acides salicylique, borique, phénique et leurs sels, produisent beaucoup de symptômes de la fièvre typhoïde: délire, hémorrhagies intestinales, prostration, etc. Les essayer à petites doses? Allons donc! S'ils sont bons à petites doses, à plus forte raison à hautes doses. Voyez ce que fait le vaniteux du ruban, — une serviette; et le paysan de la moutarde, — une tartine; aussi, grâce à cette exagération systématique, la substitution *allo* ou *homœotoxique* est-elle plus absurde et plus dangereuse encore que la substitution antipathique.

Dégagée de toute hypothèse, de toute interprétation, la loi des indications *positives* et des actions *positives* des médicaments est formulée et affirmée par Claude Bernard presque dans les mêmes termes que par Hahnemann.

« Toute substance, dit le grand physiologiste, qui, à haute dose, éteint les propriétés d'un élément organique, à petite dose les excite. »

Or, dès longtemps avant Hahnemann, la clinique avait établi la même loi pour tous les médicaments et pour tous les symptômes (1). Depuis; elle l'a cons-

(1) *Guérisons homœopathiques dues au hasard, ou : Exposition de la doctrine médicale homœopathique ou organon de l'Art de guérir.* — 4^e édition, p. 53 et suiv. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1856.

tamment confirmée ; tous les articles de Trousseau et Pidoux sur l'action physiologique des médicaments le prouvent. Claude Bernard, MM. G. Sée et Cusco ont qualifié de *dénutritive* l'action du mercure à haute dose. M. Liégeois, puis M. Henri Almès ont publié des observations démontrant l'action *reconstituante* du mercure à petite dose (*Union médicale*, 1869, n° 90). M. Bucquoy constate, avec Traube, que la digitale, à haute dose, accélère les battements du cœur et diminue la pression sanguine, tandis qu'à petite dose, chez le malade, elle les ralentit et augmente la pression sanguine. (*Union médicale*, 1869, n° 75).

Toujours, partout, on trouvera exacte la loi formulée par Hahnemann : tout médicament qui, à haute dose, produit certains symptômes sur l'homme sain, est indiqué à petite dose chez le malade affecté des mêmes symptômes. C'est 1° la source, la loi des indications positives ; 2° la loi des actions positives, dont la raison est un fait constant, l'antagonisme, pour un même médicament, entre ses effets à *haute dose* sur l'homme sain et ses effets à *petite dose* sur l'homme malade.

Cet antagonisme, si elle l'adopte, la science moderne essaiera de le faire passer pour une transformation de forces. Ce sera une erreur de plus ; il ne s'agit que de la même force produisant des effets opposés, dans des conditions diamétralement opposées. (1).

(1) De la certitude en thérapeutique, par le Dr Cretin ; *Journal de la Société gallicane de médecine homœopathique*, Tome VI, pages 499 à 508, Paris 1855.

Sans doute, Claude Bernard n'entendait pas, et personne, en dehors des Hahnemanniens systématiques, n'entend par petites doses les doses infiniment petites ; mais bien évidemment il entendait, et tout le monde entend comme lui, les doses non pathogénétiques. Ainsi est fixée expérimentalement la limite supérieure des doses médicamenteuses ; quant à leur limite inférieure, c'est une question beaucoup plus complexe. Il n'y a pas lieu de la traiter ici. (1).

Que Claude Bernard ait proclamé ces deux lois sans appeler la première de son vrai nom, la loi homœopathique, cela importe peu. Il n'en a pas moins, après Hahnemann, donné à la thérapeutique rationnelle et expérimentale : pour base, l'action physiologique des médicaments (matière médicale pure) ; pour loi des indications positives, la similitude entre les symptômes produits à haute dose sur l'homme sain et les symptômes neutralisés, guéris par ce même médicament, à petite dose, chez le malade ; enfin pour loi des actions positives des médicaments, l'atténuation des doses.

Ainsi est atteint le but poursuivi, depuis Haller, par tous les grands médecins : Hunter, Brown, Rastori, Bichat, Broussais et enfin Hahnemann. (2). Voilà la vraie médecine physiologique, dont ils cherchaient vainement les principes en dehors de la thérapeutique elle-même. Celle-ci, maintenant, est

(1) Voyez : *Question des doses, Hahnemannisme et Homœopathie*, par le Dr Cretin. Paris, 1882.

(2) Voyez : *Histoire de la médecine*, étude sur nos traditions, par le Dr Frédault. Paris, J.-B. Baillière et fils.

constituée sur son propre terrain, avec sa méthode propre, avec ses lois données par l'observation et l'expérimentation des effets physiologiques ou pathogéniques des médicaments, comparés à leurs effets curatifs. Elle est en possession des modificateurs de l'organisme (1) si ardemment souhaités par M. Vulpian, et les qualités spéciales des agents incompatibles de M. Bouley n'ont plus rien de mystérieux. Elle n'a plus que faire des hypothèses, variables d'un jour à l'autre, le plus souvent contradictoires, sur les propriétés des médicaments, sur l'étiologie, sur la physiologie normale ou pathologique. C'en est fait, pour toujours, des théories humorales, solidistes, sthéniques, asthéniques, chimiques, stimulantes, contre-stimulantes, antiphlogistiques, parasitaires, etc., et des médications correspondantes, objets du perpétuel recommencement jusqu'à Bichat et Broussais. Qui connaît Broussais aujourd'hui ? qui a lu son *Examen des Doctrines*, monument impérissable

(1) En ce qui regarde la fièvre typhoïde, sont indiqués, à petite dose, les modificateurs suivants : les mercuriaux, l'arsenic, les acides muriatique et phosphorique, l'ipéca, l'ergot de seigle, puis les solanées, parce qu'ils produisent à haute doses, les uns la lésion intestinale, les autres la diarrhée, quelques-uns les symptômes de l'ataxie et de l'adynamie. (Voir notamment : la *Matière médicale pure de Hahnemann*, le *Traité de Thérapeutique de Trousseau et Pidoux*, l'*Étude medico-légale et clinique sur l'empoisonnement par Tardieu*, les *Éléments de médecine pratique du Dr P. Jousset*).

Grâce aux pathogénésies pures des acides phénique, borique, salicylique et de leurs sels, confirmées malheureusement au cours de cette discussion, ces modificateurs sont indiqués, à petite dose, particulièrement dans les formes ataxique et adynamique.

élevé à l'histoire et à la critique médicale ? Comment ? après Broussais, on a ressuscité toutes les hypothèses, on les multiplie à l'infini ! Ce n'est pas seulement un anachronisme, c'est une honte ! On est retombé dans l'arbitraire, de l'arbitraire dans l'anarchie ; comme toujours, l'anarchie a appelé la dictature, le système sauveur ; demain le système disparaîtra sous le ridicule ; et la série recommencera : l'arbitraire, l'anarchie, le système ; et ainsi, jusqu'à la consommation des siècles, les alternatives, les oscillations brusques, les bourrasques marqueront les étapes de la décadence thérapeutique, décadence irrémédiable en dehors de la loi positive des indications et des actions médicamenteuses.

VII. — LA PLUS REDOUTABLE ENDÉMO-ÉPIDÉMIE.

Tant que la critique ignorera ou méconnaîtra cette double loi, elle ne remportera que des triomphes éphémères, des victoires stériles, sur le terrain thérapeutique, dans le cercle vicieux du perpétuel commencement. Sans doute, le bon sens et la raison feront chaque jour justice des erreurs et des témérités ; mais, le lendemain, d'autres erreurs et d'autres témérités surgiront, plus vivaces et plus audacieuses. Seules, la science, la méthode expérimentale, les lois positives, peuvent à tout jamais imposer silence aux premières, opposer aux secondes une barrière infranchissable. Aussi longtemps que M. Pasteur et M. Peter ne prendront pas leur point d'appui sur ces bases inébranlables, ils lutteront en vain,

M. Pasteur au nom du progrès contre l'impuissance académique, M. Peter au nom du bon sens contre la folie et la démence, arrivées au point de lui arracher ce cri d'indignation et d'alarme : «... Est-ce que si M. Fauvel avait traité par l'indifférence ou le fatalisme le choléra indien, il aurait pris les belles mesures sanitaires dont nous lui sommes redevables et reconnaissants ? Eh ! bien, il y a une sorte de *choléra intellectuel* contre lequel il faut savoir aussi prendre des mesures sanitaires ; et voilà pourquoi je suis pour la résistance.

« Il n'est pas possible, je dis qu'il n'est pas permis de traiter par l'indifférence la déraison médicale ; ce n'est pas impunément, en effet, qu'on raisonne mal en médecine ainsi qu'en politique. D'une et d'autre part, toute théorie fausse ou déraisonnable engendre des catastrophes sociales. Aveugle qui ne le voit pas ! coupable qui, le voyant, n'y résiste pas ! Je ne veux pas être, je ne serai pas ce coupable ! » (562.)

Silence profond à l'Académie ; mais, au dehors, quels battements de mains, quelles chaleureuses adhésions, quels encouragements à continuer le bon combat, avec l'assurance de vaincre !!

Oui, la déraison médicale, les théories fausses, les catastrophes, voilà où, en moins de trente ans, ont abouti l'ignorance de l'histoire, l'horreur du passé, le dédain pour la tradition, l'abandon de la méthode expérimentale, le mépris et la négation de tous les principes ! Oui, les intelligences sont dévoyées, la raison générale compromise, la science en danger, les consciences elles-mêmes menacées. Le mal se

propage avec une rapidité effrayante. C'est pour en montrer toute l'étendue, tous les périls, et en inspirer une terreur plus salutaire, que M. Peter l'a appelé le **CHOLÉRA INTELLECTUEL**. Si le mot n'est pas exact, la maladie n'est que trop réelle ; il faut en faire une étude approfondie et la combattre énergiquement sous son vrai nom : l'aberration intellectuelle endémo-épidémique !

Depuis longtemps déjà ses symptômes ont frappé tous les yeux clairvoyants : l'infatuation, la recherche de l'idéal ou de l'absolu, la monomanie de la métaphore et le cynisme de l'hypothèse.

D^r CRETIN.

FIN.

NOUVELLES

La réunion annuelle du comité d'administration de l'hôpital homœopathique du Massachussets a eu lieu le 16 janvier 1884. Après la lecture du rapport annuel et les élections du bureau pour l'année présente, les fidéi-commissaires de l'établissement ont fait connaître à l'assemblée que, dans quelques mois, ils espéraient pouvoir doter l'hôpital d'un nouveau service chirurgical. Le fonds primitif de 5000 dollars, créé en vue de cette innovation, venait d'être porté à 61,158 dollars, grâce à la libéralité d'un généreux donateur, qui avait fait don de 50,000 dollars et qui désirait garder l'anonyme. Les 15,000 dollars qui manquent pour le complet achèvement des bâtiments seront, au dire des fidéi-commissaires, bientôt réunis. Les

constructions sont déjà commencées et seront terminées à bref délai. Les dépenses de l'hôpital pour l'année qui vient de s'écouler montent à 11,718 dollars, les recettes à 9,629. Le déficit est de 400 dollars au-dessous de celui de 1882. On a traité, en 1883, 277 malades, dont 10 sont morts. Fondé il y a sept ans, l'hôpital a déjà reçu 1,390 patients et la proportion des décès n'a pas dépassé 5 %.

— Un petit fait permettra de juger du désarroi mental où se trouvent les allopathes américains. Ainsi, dans l'Etat de New-Jersey, ils viennent de faire présenter à la Législature un bill qui sera probablement reçu avec les honneurs qu'il mérite et qui interdirait la pratique de l'homœopathie à tout médecin dont les grades auraient été pris dans une université allopathique. Cette mesure, on le devine, a pour but de faire subir les tracasseries d'un nouvel examen à des médecins qui se sont convertis sur le tard, et est indigne de notre profession. Que des avocats, que des politiciens recourent à de pareilles ficelles, cela est dans leurs cordes ; mais des médecins pour se combattre n'ont qu'une seule arme, la discussion scientifique. Dans l'Etat de New-York, nos adversaires ont introduit devant la Législature un autre bill, d'après lequel un comité d'examineurs médicaux serait chargé de vérifier les diplômes et de retirer le droit d'exercice à ceux qui en seraient jugés indignes. Ces bons messieurs autoriseraient même l'admission de partisans de sectes ennemies et réprouvées dans cet auguste cénacle, et réserveraient deux sièges à l'homœopathie et un à l'école éclectique, tandis qu'eux disposeraient de six voix. Farceurs !

— La tolérance est, à ce qu'il paraît, une affaire de latitude. Le bureau du conseil médical de la province d'Ontario, (Canada), devait être renouvelé à la fin de l'année dernière. C'est un homœopathe avoué, diplômé d'un collège homœopa-

thique, qui en a été nommé président par les deux tiers des votants. Or, la proportion des allopathes contre les homœopathes est de 5 contre 1 dans ce corps électoral.

Wendell Phillips, le grand orateur abolitionniste, qui a succombé le 2 février dernier, à Boston, aux suites d'une angine de poitrine, était un partisan zélé et convaincu de notre doctrine. Son médecin était le Dr Thayer, dont le *Bulletin* a traduit les travaux sur l'emploi du *china* dans la colique hépatique.

Le Dr Thayer ne quitta pas, pendant la dernière semaine de son existence celui qui, depuis trente ans, était son ami et qui, en maintes occasions, prêta le concours de son éloquence chaleureuse et imagée à la cause de la liberté scientifique si violemment outragée par les esclavagistes de l'allopathie.

— En vertu d'un engagement conclu avec le Dr Talbot, doyen de l'Ecole de Médecine de l'université de Boston, le Dr Hughes se rendra au mois de mai prochain dans cette ville et y fera une série de conférences sur l'homœopathie, dont voici les sujets :

I. La vie.

II. La santé.

III. La maladie.

IV. Les médicaments.

V et VI. Pyrexie et anti-pyrétiques.

VII et VIII. Rhumatisme et anti-rhumatismaux.

IX, X et XI. Localisations cérébrales et actions médica-
menteuses.

XII. L'avenir de l'homœopathie et de la pharmacodynamique.

M. le Dr Casal quitte Menton pour aller pratiquer l'homœopathie à Toulon Il sera remplacé dans cette station hivernale par le Dr Alfred Drysdale, le fils du célèbre homœopathe de Liverpool.

On annonce la publication, par la *Chatterton Publishing Company*, de New-York et sous la direction du Dr Winterburn, d'un grand ouvrage de médecine homœopathique dû à la collaboration d'un grand nombre de nos confrères d'Amérique. On compte déjà 150 rédacteurs.

Inauguration, le 5 avril prochain, à l'hôpital homœopathique de Londres, de la nouvelle aile destinée aux élèves garde-malades de l'établissement. Une vente de charité et un concert sont organisés à cette occasion et le bénéfice en sera versé dans la caisse de l'hôpital.

A. CLAUDE.

Le Gérant : Dr A. CLAUDE.

Clarmont (Oise). -- Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX

SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1883.

Présidence de M. le D^r HERMEL.

Le procès verbal de la séance précédente est lu et adopté.

L'ordre du jour appelle la discussion de la clinique du D^r Frédault.

M. JOUSSET.— La première observation qui a attiré mon attention dans la clinique du D^r Frédault est celle d'une malade atteinte d'érysipèle grave de la face. Dans ce cas le D^r Frédault a employé le *china* en teinture mère. Comme cette médication est relativement nouvelle et qu'elle n'est pas encore bien connue, je prends cette occasion d'en dire quelques mots. Il y a quelques années, j'avais eu à traiter plusieurs malades atteints d'érysipèle grave et j'avais eu à déplorer la perte de plusieurs d'entre eux, les médicaments habituels ne m'avaient donné que des résultats très insuffisants. J'entrepris alors des recherches sur le traitement de cette maladie, et je trouvai dans Jaccoud une série d'érysipèles graves traités avec un succès constant par le vin de quinquina. A la première occasion qui se présenta j'employai ce moyen, et je parvins à guérir un malade très gravement atteint. Depuis j'ai continué à donner le quin-

quina, non pas sous forme de vin, mais en teinture à la dose de 80 à 100 gouttes par jour et j'ai toujours eu à me louer de ce remède. Jaccoud explique l'action du quinquina par l'anémie du cerveau ~~qui~~, selon lui, existe dans l'érysipèle. Or cette ~~hypothèse~~ ne me satisfait pas car rien ne prouve qu'il y ait anémie cérébrale dans cette maladie, l'anatomie pathologique tendrait plutôt à prouver l'état contraire. La pathogénésie du quinquina nous démontre que dans l'érysipèle il agit d'une manière tout à fait homœopathique car il produit chez l'homme sain une éruption qui tient à la fois de l'érysipèle et de l'eczéma aigu. Il y a donc là des raisons très suffisantes pour admettre le quinquina comme médicament de l'érysipèle.

M. Frédault a attiré notre attention sur l'iodure de potassium dans le traitement de la fièvre typhoïde à forme thoracique, je lui demanderai s'il a obtenu de bons résultats avec ce médicament dans la broncho-pneumonie.

A propos de l'Observation X, fièvre typhoïde, j'appellerai l'attention de mes confrères sur l'action du sulfate de quinine. Il a d'abord été donné à la dose de 0 gr. 50 centigr. contre les grandes oscillations, puis ensuite le *Nux Juglans*, puis de nouveau la quinine à la dose de 0 gr. 50 centigr. enfin ce n'est que la dose d'un gramme qui a fait cesser la fièvre. Je ferai simplement remarquer que cette dose de 0 gr. 50 centigr. est, en général, insuffisante et qu'il faut l'élever à un gramme pour se rendre maître de l'intermittence.

La clinique du Dr Frédault me fournit l'occasion de revenir sur un point qui a déjà été traité à la Société. Je veux parler de la tendance de beaucoup de

médecins à prescrire deux médicaments à la fois. J'ai déjà dit que j'approuvais l'alternance dans certains cas que j'ai cités, mais il faut éviter l'abus, car je ne crois pas que ce soit la vraie manière d'interpréter la tradition hahnemannienne. Il faut donc réserver l'alternance pour des cas tout à fait spéciaux.

M. HERMEL. — J'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion d'employer le *china* en teinture mère dans l'érysipèle et j'ai vu la maladie marcher plus vite vers la guérison que lorsque j'employais les médicaments ordinaires.

M. CRETIN. — Dans un cas très grave d'érysipèle, j'ai employé la teinture de *china*, à la dose de 40 à 80 gouttes, et je dois dire que la maladie a suivi néanmoins sa marche progressive et envahissante. Mais je ne prétends nullement que ce fait isolé puisse infirmer les faits annoncés par M. Jousset, et je suis prêt à expérimenter ce médicament toutes les fois que l'occasion s'en présentera.

M. PARTENAY. — La 15^e observation dans laquelle il est question d'une malade atteinte de crises de hoquet hystérique, est intéressante. Les deux premiers médicaments prescrits *Hyosclamus* 6 et *Thebaltcum* 200 n'ont amené qu'une amélioration passagère, et c'est *China* 30 qui a amené la guérison. Je pense que le D^r Frédault s'est appuyé, pour prescrire *China*, sur ce fait que le hoquet revenait d'une façon intermittente. Quant à moi j'ai eu plusieurs fois l'occasion de voir *Hyosclamus* réussir dans des cas analogues.

Dans l'observation XIII^e je note que *Ferrum* 3^e trituration n'a en rien modifié l'état d'anémie de la malade et qu'au contraire *Belladone* 200 et *Pulsatilla* 6 ont été favorables. Ce fait prouve une fois de plus

la nécessité de varier les doses et les médicaments. J'ai essayé plusieurs fois le fer à haute dilution dans la chloro-anémie, et je n'en ai jamais obtenu de résultats satisfaisants et j'ai acquis la conviction que dans la grande majorité des cas, il faut le donner à doses appréciables.

L'observation XII de catarrhe suffocant est en tous points comparable à celle qui figurait dans la clinique du Dr Jousset. La mort est arrivée le 4^e jour, les médicaments prescrits ont été : *Tartarus emet.* et *Carbo veget.* Dans la dernière séance, un de mes confrères me faisait remarquer que, dans des cas semblables, il donne ordinairement *Thebaïcum* et *Coralia*.

La malade atteinte de contracture hystérique a été très promptement guérie avec *Bryonia* 6°. Il est certain que la Bryone, a pu, dans ce cas, contribuer beaucoup à la guérison, mais il faut bien savoir aussi que le symptôme a pu disparaître de lui-même, ainsi qu'on l'observe fréquemment dans les phénomènes de nature hystérique.

Chez la malade atteinte de métrorrhagie, l'effet de *Phosphorus* a été remarquable alors que les autres médicaments *Metal. alb.* et *Sabina* étaient restés inactifs.

M. FRÉDAULT.— Je réponds d'abord au Dr Jousset à propos de l'observation de fièvre typhoïde à forme thoracique. J'ai employé l'iodure de potassium qui me réussit souvent dans les cas de bronchite avec emphysème. Ce médicament paraît agir avec plus d'efficacité que l'iode seul. Quant au quinquina comme médicament de l'érysipèle, je l'avais d'abord donné sous forme de macération, de préférence au vin, puis

j'en suis venu à la teinture. Dans les cas très graves, je donne en général 10 gouttes et j'administre, en même temps, le sulfate de quinine quand j'ai lieu de redouter des phénomènes pernicieux tels que subdelirium, refroidissement des mains, angoisse, dyspnée. Lorsque ces symptômes se présentent dans l'érysipèle, le sulfate de quinine est indispensable. Pour la dose je suis de l'avis du Dr Jousset, et je pense qu'il faut la porter à un gramme.

J'ai ordonné le *china* à la malade atteinte de hoquet hystérique, parce que le symptôme avait lieu après le repas.

M. CLAUDE. — A propos de l'observation de contracture hystérique, je citerai un cas intéressant au point de vue des doses infinitésimales.

Une femme, à la suite d'une vive émotion, est prise subitement d'une contracture du bras gauche ; le membre était demi fléchi, et porté derrière le dos. On essaya les plaques de Burq et on trouva que le cuivre était le métal auquel la malade était sensible. Cependant les sels de cuivre furent administrés sans succès à doses assez élevées. Quelque temps après, ayant eu à soigner cette malade, je lui donnai *Cuprum* 12^e dilution et au bout de huit jours, la contracture cessait. Depuis la guérison s'est maintenue.

La séance est levée.

CLINIQUE HOMŒOPATHIQUE

1^{re} OBSERVATION.

Fièvre typhoïde.

Mademoiselle L..., âgée de 14 ans, présente toutes les apparences d'une forte constitution et d'une santé robuste; Malheureusement un père-phthisique, qui vit encore et qui mène une existence pénible, laisse à supposer que les espérances que donnait la jeune fille ne se réaliseront pas.

Le 26 du mois d'août elle est prise de saignement du nez qu'une céphalalgie violente avait précédé; la famille et l'enfant ne se préoccupent pas de ces premiers symptômes qui, d'après eux, ont été occasionnés par une vive contrariété. Cependant la jeune fille est obligée de garder le lit; elle se plaint de fortes douleurs dans le ventre ainsi que d'un redoublement dans ses maux de tête, et de frissons de fièvre.

Le 29, on m'envoie chercher et, avec des symptômes aussi clairs, je n'ai pas grand'peine à reconnaître les débuts d'une fièvre typhoïde; je préviens la famille, mais, selon les habitudes de la maison, on déploie tous les arguments pour me prouver que la chose n'est pas possible.

Gardant mon opinion, je commençai mon traitement parfaitement indiqué; le ventre était douloureux,

principalement dans la fosse iliaque droite, la langue était blanche et pâteuse et des nausées se manifestaient assez souvent. *Nux vom.* et *bellad.* à la 6^e dilution furent prescrits; une cuillerée de chaque médicament, alterné toutes les deux heures.

Le 30 et le 31 cette médication fut suivie, sans qu'il survint rien d'extraordinaire dans la marche de la maladie. La fièvre était toujours de 100 à 110, avec un léger redoublement le soir.

Dans la nuit du 1^{er} au 5 septembre, le délire s'empare de la jeune malade; elle se lève, parle, chante, passe dans une autre chambre, etc., et est aussitôt réintégrée dans son lit. Pour prévenir le retour de faits pareils, je recommande aux parents d'établir une surveillance rigoureuse auprès de la malade et le jour et la nuit, puis je prescris *Opium* 12.

La nuit suivante fut un peu plus calme, bien que la malade insistât souvent pour aller occuper un lit voisin du sien; il y avait donc encore redoublement de fièvre la nuit.

Le 4 septembre, la fièvre est à peu près la même; le ventre est plus ballonné, plus douloureux, la constipation est assez prononcée, un lavement de guimauve triomphe facilement de cet accident, les taches lenticulaires apparaissent.

Je prescris *Ars.* 3^e trit. 15 cent. dans 200 gr. d'eau, mais la malade tousse et se plaint de ressentir une douleur dans la partie postérieure droite du thorax; je l'ausculte et je perçois les premiers symptômes de ces pneumonies qui accompagnent si souvent les fièvres typhoïdes. *Bryone* 6^e dilution est ordonnée et je la

fais alterner de deux heures en deux heures avec *arsen*.

L'affection continue son cours, la fièvre cède cependant, mais difficilement.

La convalescence a été longue, c'est-à-dire que la petite malade n'a recouvré complètement ses forces qu'au bout d'un mois et encore très péniblement ; mais pendant ce laps de temps, j'ai pu constater que la toux, loin de s'améliorer, s'est au contraire accentuée. Je crains bien que des tubercules ne se manifestent, car la jeune fille qui était fraîche et forte en un mot bien constituée, est restée pâle, souffreteuse et maigre.

II^e OBSERVATION.

Fièvre typhoïde.

L... est un garçon robuste, 22 ans, jouissant jusqu'à ce jour d'une santé parfaite, résistant facilement aux fatigues de sa profession qui nécessite une vie très active et un certain déploiement de force : il est garçon boucher.

Depuis quelques jours il a perdu l'appétit, le sommeil est pénible et lui qui, d'habitude, est prompt à se lever ne peut se décider à sortir du lit ; il a de la diarrhée et la bouche est pâteuse.

Appelé près de lui, le malade me raconte qu'il n'est pas surpris de son état, attendu que récemment il s'est laissé aller à des excès de toute sorte.

Cependant je lui trouve de la fièvre, peu cependant, et supposant que ce qu'il m'avoue peut avoir déterminé son malaise, je me retire en prévenant toutefois la fa-

mille que, si ces symptômes revenaient, elle eût à me le faire savoir.

Deux jours après je fus en effet rappelé près du malade ; la fièvre était très prononcée, 110, et des épistaxis m'étaient signalées. Le ventre, douloureux de toutes parts, présentait surtout un point où la souffrance était plus vive, la fosse iliaque droite ; la diarrhée continuait, la soif était vive et le malade peu patient voulait à chaque instant boire ou se lever pour aller à son travail. Comme la diarrhée avait pris une certaine intensité, je prescrivis une potion de 200 gr. d'eau contenant 20^c de la 1^{re} trit. de *corrosivus*, une cuillerée toutes les heures et comme boisson de l'eau gommée albumineuse. Les douleurs étaient vives, la fièvre à 120 et les taches peu apparentes.

Pendant deux jours, il me fallut lutter contre ces accidents diarrhéiques, mais je ne changeai point le médicament, ayant souvent observé que c'est en persistant dans l'emploi du remède indiqué qu'on arrive à un résultat définitif.

Enfin les accidents cessèrent, et le 16 novembre, le 17^e jour de l'affection, les symptômes devinrent plus rassurants, la fièvre tomba peu à peu à 108, à 100 et 80 successivement.

J'éprouvais cependant les plus grandes difficultés à diriger ce malade pour l'alimentation. Très indocile de sa nature, il ne voulait manger que des mets à sa convenance, sans calculer qu'une mauvaise digestion devait aggraver sa position. Je le prévins que tout écart de régime pouvait entraîner les conséquences les plus fâcheuses. Il n'en tint pas compte et aussitôt la diar-

rhée reparut dans toute son intensité ; je revins à *corrosivus* et grâce à ce médicament ainsi qu'à la robuste nature du malade, je parvins à triompher de cette rechute.

Ce malade s'est plaint de douleurs assez intenses dans les parotides, le côté gauche a été le siège d'une plus grande douleur, mais le tout s'est borné à un gonflement sans engorgement et sans suppuration.

Je ferai observer, à cette occasion, que, dans l'épidémie de fièvre typhoïde qui régnait en Tunisie, en 1882, beaucoup de malades étaient atteints de parotidites et que, lorsque ces même malades avaient une rechute, ils succombaient infailliblement. Le même fait n'existait pas pour les malades qui n'avaient point été atteints par cet accident inflammatoire.

Ce cas de fièvre typhoïde peut être attribué à la contagion, car deux malades avaient été atteints dans la même maison tout récemment et mon malade en avait visité un ; seulement il fut plus heureux que ses deux voisins qui ont succombé.

Je dois faire observer qu'ils n'avaient pas suivi le traitement de notre école.

III^e OBSERVATION.

Fièvre typhoïde.

Madame B... est âgée de 42 ans, et bien que certains accidents se soient manifestés du côté de l'utérus, la menstruation a toujours été régulière. Des ulcérations profondes du col ont fait craindre un instant que l'u-

térés ne fût dans la suite gravement compromis, surtout en présence d'un amaigrissement général allant toujours croissant.

Pendant quelque temps, je crus m'être trompé dans mon pronostic, mais un mois après, Mme B. vint me trouver et se plaignit d'éprouver des malaises plus grands, des douleurs plus intenses dans le bas ventre et une plus grande déperdition de forces.

Je dois dire que cette malade, pleine de courage et ardente au travail, veillait une grande partie des nuits. Je dus donc l'obliger à un repos forcé, à supprimer les veillées et je prescrivis *ferrum* et *china*. ces deux médicaments à la 3^e trituration et devant agir comme reconstituants.

Près d'un mois s'écoula dans des alternatives de bien et de mal, sans progrès marqué, vers l'amélioration désirée. Enfin, le 5 juin, Mme B. me fait appeler; elle accuse un violent mal de tête; il est accompagné d'une fièvre intense, 120. Ces accidents duraient depuis 24 heures environ. A cette première visite, je me contentai de donner simplement *aconit* teinture mère, 6 gouttes dans 200 gr. d'eau, une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Le lendemain 6, pas de changement, le mal de tête était toujours très intense et le pouls n'avait pas varié; à l'*aconit* je joignis *bellad.* 6^e, 6 gouttes dans 200 gr. d'eau.

Le 7 la fièvre continue et la céphalalgie a un peu diminué, mais le ventre est douloureux, la langue sèche, la soif ardente.

Je n'hésite pas à porter le diagnostic de fièvre ty-

phoïde, diagnostic que je n'avais pas osé formuler jusqu'à ce jour.

Bellad. est continuée à cause de la céphalalgie, et pour apaiser la soif je prescris de la limonade citrique à la température ordinaire; du reste nous sommes en été.

Le 8, pouls à 115, l'auscultation donne des râles disséminés dans toute la poitrine mais surtout dans le poulmon gauche. *Bryone*, teint. mère remplace la *Bellad.*, la céphalalgie ayant un peu diminué et le rôle de *Bryone* me paraissant plus indiqué à cause de la toux.

Ma malade reste dans le même état jusqu'au 16 juin mais je considère la situation comme très grave, car elle me dit que non seulement, elle n'y voit plus, mais encore qu'elle n'entend absolument rien.

Il ne m'est pas difficile de constater la vérité de cette assertion, car la malade, qui n'a pas jusqu'ici perdu la notion des faits qui se passent autour d'elle, se lamente, se désespère et est convaincue qu'elle n'entendra et ne verra jamais plus.

Il n'est pas facile de la convaincre, et sous cette appréhension nos premiers symptômes s'aggravent; le délire se manifeste et le pouls monte à 120.

La bronchite ne faisant pas de progrès, j'abandonne *bryone* que je remplace par *opium* 6°, tout en continuant *arsenicum*.

On cherche à consoler, à rassurer la malade, et le 18 un peu de calme avait succédé à l'agitation précédente; le pouls était à 112, les taches lenticulaires avaient disparu et le ventre était un peu moins douloureux.

La malade n'allant point au cabinet, je prescrivis

quelques lavements à l'huile de ricin, qui déterminèrent quelques selles.

Les accidents de cécité et de surdité durèrent encore assez longtemps, 20 jours environ, puis la vue redevint aussi bonne que par le passé, mais la surdité, plus habituelle dans les affections typhoïques, fut plus longue à disparaître, sans toutefois laisser de traces.

N'ayant jamais eu l'occasion de constater un trouble de la vue aussi profond dans une fièvre typhoïde, je crus un instant à une amaurose albuminurique, les pupilles étaient très dilatées ; j'examinai avec soin les urines, mais elles ne décélèrent aucune trace d'albumine.

Cette convalescence, en raison des accidents cités plus haut, n'a pas été longue, et aujourd'hui la malade a recouvré une santé parfaite.

Deux mois après, son enfant, âgé de 8 ans, fut atteint de la même maladie, mais à forme bénigne, et dont aucun accident ne mérite d'être noté.

IV^e OBSERVATION.

Fièvre typhoïde.

Mademoiselle L... est âgée de 13 ans, point encore formée, grande, maigre et ne présentant point les apparences d'une robuste constitution. L'appétit chez elle est toujours paresseux. Comme presque toutes les jeunes filles, elle préfère aux aliments solides et reconstituants des crudités, radis, artichauts, plats vinaigrés, etc., etc.

Je suis appelé chez elle le 30 juin et je vois ma jeune

malade couchée sans forces, avec nonchalance, répondant à peine aux questions que je lui adresse, pas de fièvre.

Les seuls accidents qu'on me signale ce sont les épistaxis et une céphalalgie violente.

Comme l'enfant est souvent souffrante, je ne suis pas surpris de ces quelques symptômes; je prescris *Ipéca* 3^e trit., médicament indiqué et souverain contre les épistaxis qui ne sont pas symptomatiques d'une affection.

Je revins, deux jours après, revoir ma petite malade, c'est-à-dire le 2 juillet; le mal de tête avait augmenté, la fièvre avait paru depuis la veille, le pouls donnait 110, le ventre était un peu douloureux, la peau sèche, la soif très-vive. Tous ces symptômes me confirmèrent dans mes appréhensions, ainsi que dans celles si redoutées de la famille, je veux dire la fièvre typhoïde. Cette affection s'emparait d'un sujet bien débilité et l'espoir de la guérir était assez médiocre, surtout en présence du mauvais vouloir de la malade, qui refusait de prendre les médicaments.

Tous ces premiers symptômes s'aggravèrent rapidement et à peine étions-nous à la fin du premier septennaire, que je conservais peu d'espoir de sauver cette jeune enfant. Le sommeil de la nuit était nul ou remplacé par un délire à peu près constant; la langue, les lèvres et les dents très sèches. *Aconit* et *opium* 6^e furent les deux médicaments que j'employai dans cette première période, comme répondant le mieux aux accidents cités plus haut.

La fièvre variait de 110 à 115, les taches lenticulaires

apparaissent sur le ventre. ni diarrhée ni constipation ; en somme rien de bien spécial du côté de l'intestin, mais aucun symptôme d'amélioration ne se manifesta jusqu'au 16^e jour de la maladie, c'est-à-dire le 15 juillet.

Cependant la toux sèche et presque continue de l'enfant, sa maigreur surtout avaient attiré mon attention du côté des organes respiratoires. Quelques craquements humides au sommet du poumon gauche se révélèrent ; craignant un commencement de tuberculose je conseillai *iod. 3^e trit.* qui, dans ces circonstances, m'a toujours rendu de signalés services.

A partir de ce moment, c'est-à-dire le 17 juillet, la malade commença à entrer en convalescence ; les accidents typhoïques avaient presque disparu ; seul, un pouls élevé subsistait, mais sans recrudescence, le matin et le soir, et sans être accompagné de sécheresse ou de chaleur à la peau. *China* me parut alors indiqué comme stimulant des forces, et il fut alterné pendant 6 jours de deux en deux heures avec *Iodium*.

Le 24 juillet, m'absentant de Paris, je priai un confrère de suivre ma petite malade et de surveiller surtout le poumon gauche qui, en avant et au sommet présentait un bruit de souffle amphorique peu rassurant.

Après une absence de vingt jours environ, je revis ma malade, dont les progrès vers une amélioration franche n'avaient pas été très rapides ; l'appétit était encore paresseux et la quantité d'aliment pris chaque jour était assez minime.

La maigreur était excessive ; je retrouvai le bruit de souffle plus étendu et le pouls toujours accéléré ; il ne

baissait jamais au-dessous de 100. Je ne donnai rien pour couper cette fièvre, parce que je croyais plutôt à un pouls de faiblesse qu'à un pouls pyrélique.

Un mois environ se passa de la sorte, la jeune enfant s'alimenta d'une façon plus régulière, les forces revinrent et à mon grand étonnement, les symptômes de tuberculisation disparurent avec le retour des forces ; aujourd'hui la fillette se porte très bien.

Malgré la toux et le poumon malade, ma jeune fille put profiter des beaux jours d'automne et faire quelques promenades en voiture.

Je n'ai pas, dans les observations qui précèdent, signalé les températures, parce que la plupart du temps les visites n'ayant lieu qu'une fois par jour, je ne pouvais constater une thermalité plus ou moins grande le matin ou le soir. Il nous reste heureusement d'autres symptômes pour nous éclairer sur les différentes phases d'une fièvre typhoïde.

V^e OBSERVATION.

Variole (mort.)

Madame D..., âgée de 47 ans, très bien réglée, jouissait de la santé la plus parfaite, et à part une légère affection en 1870, elle ne se rappelait pas avoir jamais été malade.

Au mois d'août 1883, elle alla conduire dans le Midi sa jeune fille âgée de 20 ans, qui devait passer chez sa sœur un mois de vacances.

A leur arrivée, on leur annonce que la sœur, qu'elles

viennent voir, est en convalescence d'une variole assez légère, mais à coup sûr épidémique, puisqu'elle régnait dans le pays depuis un mois environ.

La jeune femme, que sa mère venait voir, commit l'imprudence d'aller coucher dans le lit de cette dernière.

Un médecin, consulté avant l'arrivée des deux dames à destination, avait déclaré qu'il n'y avait aucun danger de contagion, c'est pourquoi on avait gardé le silence sur l'existence de la maladie.

Après huit jours passés en compagnie de ses enfants, Mme D. revint à Paris ; c'était vers le 5 septembre ; il est à noter toutefois que pendant son séjour dans le midi, Mme D. éprouva quelques malaises, puisque l'on redoutait un érysipèle.

Le 18 du même mois, on me fit appeler ; Mme D. éprouvait une lassitude générale, douleurs dans les membres, à l'épigastre, dans le dos et plus particulièrement aux lombes ; de la céphalalgie et des envies de vomir, pas de fièvre.

Ces premiers symptômes m'inquiétèrent, mais je réservai mon diagnostic ; la malade, visitée vers le soir, était dans le même état que le matin.

Le 17, Mme D... se plaint d'éprouver une plus grande lassitude, lassitude qu'elle attribue à une insomnie complète ; l'anxiété est plus pénible encore, elle se remue, s'agite dans son lit, le pouls marqué 80 ; j'examine tout le corps de la malade ; rien n'apparaît encore.

Dès le premier jour, j'avais prescrit *ipéca* et *aconit*.

Le 20, au matin, j'aperçois quelques élevures rouges sur la figure, sur les jambes, et un peu sur le tronc. Le

doute n'est plus permis, c'est la variole. Cette première apparition des boutons est accompagnée de délire, mais d'un délire si calme qu'en entendant causer la malade on croirait assister à une conversation : ce qu'elle dit paraît très vraisemblable, mais rien de ce qu'elle raconte n'a eu lieu. Cet état dura à peu près 3 jours pleins, durant lesquels l'éruption continua sa marche, mais non d'une manière régulière. Tandis que la face se couvrait d'une quantité innombrable de boutons qui évoluaient très rapidement, le reste du corps présentait un aspect d'un rouge très vif et peu de boutons comparativement à la face.

La fièvre était toujours modérée.

Le 22 le délire, qui avait été constant, disparut ; la malade reconnut sa situation et n'en parut pas très frappée ; elle demande à manger, mais la déglutition était difficile, le larynx et toute l'arrière-bouche étaient envahis par les boutons.

Le 23 rien d'anormal si ce n'est que l'on peut constater que les progrès des boutons du corps n'égalent par ceux de la figure et des mains qui commencent à se flétrir et à suppurer.

Cependant le 24 la fièvre se manifeste violemment, le pouls est à 110, l'anxiété est prononcée, la gêne de la respiration plus grande, l'expectoration est difficile.

J'ordonne *tart.* 1^{re} trit. 15 cent. La journée du 25 fut aussi pénible ; les boutons du tronc semblaient marcher vers leur résolution.

Le 28, l'éruption était plus confluyente partout. Vers le soir, lorsque je revins voir la malade, qui depuis la fin de son délire, avait toujours conservé sa connaissance,

elle fut très surprise de ma seconde visite ; le pouls marquait 120, et la dyspnée me paraissait plus intense encore. J'ordonnai *aconit* teint. mère, 6 gouttes en 200 gr. d'eau, une cuillerée toutes les heures.

Ma visite avait lieu à 8 heures ; vers 9 h. 1/2 la malade commença à divaguer, le délire s'accrut de plus en plus, on continue la potion.

Vers une heure du matin, la garde voyant plus de calme chez la malade, se repose sur un fauteuil et à 3 heures, lorsqu'elle veut donner la potion, elle n'avait plus qu'un cadavre devant elle.

La mort avait eu lieu au moment où le calme apparent s'était manifesté, car appelé vers 5 h. du matin j'ai pu constater que le corps était froid et que la mort devait remonter à 4 ou 5 heures environ.

Cette mort a été presque subite et on a remarqué bien souvent des accidents de ce genre dans les affections graves comme la variole.

La jeune fille qui avait accompagné sa mère au foyer épidémique, est restée indemne de tout accident, bien que n'ayant point été revaccinée.

Je dois dire que lorsque ces dames, arrivées à L..., connurent la maladie de la jeune femme, elles m'écrivirent afin que je leur adressasse des médicaments ; j'envoyai *vaccinium* 3^e trit. un paquet tous les matins dans une cuillerée d'eau.

La jeune fille prit très exactement le médicament, mais la mère qui, vu son âge, se croyait à l'abri du fléau, ne crut pas devoir user du médicament.

C'est le cas, je crois, de constater ici l'heureuse influence de *vaccinium*, puisque des trois personnes atteintes

dans la même famille, la seule qui ait eu recours à la médication a été à l'abri de la contagion.

OBSERVATION VI.

Angine couenneuse.

Lucie D..., âgée de 13 ans, pas encore formée, avait été atteinte, l'année précédente, d'une scarlatine avec l'angine qui accompagne ordinairement cette affection.

Aujourd'hui elle se plaint de douleurs dans la gorge, de picotements, de sécheresse dans la bouche, la déglutition est pénible, peu de fièvre, 80 puls. Je donne *Solub.* 3^m et *aconit* 6°.

Le lendemain on aperçoit sur les amygdales assez tuméfiées de petits points blancs ; la déglutition est plus difficile, plus douloureuse, la fièvre n'a pas augmenté ; *solubilis* est continué et j'engage la jeune malade à se gargariser avec de l'eau acidulée.

Pendant les trois jours qui suivirent ces premiers accidents, c'est-à-dire le 3, le 4 et le 5 juin, rien de particulier à signaler, je soignais une amygdalite qui suivait son cours normal.

Le 6 juin, la jeune malade se sent plus fatiguée, la nuit précédente a été mauvaise et le sommeil a fait complètement défaut ; cependant les douleurs sont moins intenses.

Je procède à une nouvelle inspection de la gorge et je vois que des fausses membranes ont envahi assez rapidement le voile du palais, ses piliers, le pharynx et la luette ; la voix est voilée et l'on comprend difficilement ce que l'enfant veut dire. Devant cette invasion aussi rapide qu'inattendue, je ne suis pas sans avoir quelques crain-

tes. Aussitôt je prescrivis cyanure de mercure 3^e trit., 20 cent. dans 200 gr. d'eau, une cuillerée pendant six heures toutes les demi-heures et je fais toucher les fausses membranes avec de la charpie imbibée de jus de citron pur. Les malades, les enfants surtout, supportent mieux ces badigeonnages que les cautérisations au nitrate d'argent.

Je crois, quoiqu'en disent certains auteurs, que ces badigeonnages ne sont pas sans valeur et que dans ces conditions l'état des muqueuses peut être très heureusement modifié.

Dans tous les cas, ces moyens doivent être préférés aux vomitifs administrés si souvent à ces jeunes malades d'une façon si intempestive.

Avec cette invasion des fausses membranes, le pouls reste assez bas 82, mais la face est pâle et les forces sont prostrées, aussi j'engage ma petite malade à prendre du lait, du bouillon ; elle est assez docile et se prête assez volontiers aux désirs manifestés par ceux qui l'entourent.

Les 7, 8 et 9, même état.

Après trois jours de ce traitement, je fus assez heureux pour constater que les plaques diphthéritiques perdaient du terrain et que les teintes rosées de la gorge reparaissaient. *Cyanure*, qui jusqu'ici avait été administré toutes les heures, ne fut plus donné que toutes les deux heures, et cinq jours après l'apparition des premières plaques il n'en existait plus de traces.

Le désir de prendre des aliments se faisait sentir, mais nous avions une paralysie du voile du palais, la dégluti-

tion était très gênée et les boissons étaient à peine avalées qu'elles revenaient par les fosses nasales.

La vue fut aussi un peu atteinte, mais cet accident dura bien moins longtemps que le premier.

Contre la paralysie du voile du palais, la plus fréquente dans cette affection, je donnai *Nux vom.* 6^m, 4 cuillerées par jour. Il nous fallut lutter pendant huit jours pour obtenir un heureux résultat.

A propos de cette observation, je dirai un mot des badigeonnages, qui ne doivent pas être entièrement bannis de la pratique, surtout lorsqu'ils ne doivent pas occasionner d'accidents ni d'aggravation dans la maladie.

Il est évident que si on a à lutter contre les frayeurs, les cris, les colères de jeunes enfants rebelles, il vaut bien mieux s'abstenir.

Les badigeonnages ont du bon, qu'on me permette de citer le fait suivant.

Dans une contrée où j'exerçais autrefois la médecine, une bonne femme avait, dit-on, le secret pour guérir toutes les angines et surtout le croup.

Du moment qu'il s'agissait d'un secret, on s'empresait, dans ce pays trop crédule, d'appeler cette empirique à domicile ou de lui porter les petits malades quand toutefois la situation le permettait.

Cette femme badigeonnait tout simplement les parties atteintes avec le liquide qu'elle avait, disait-elle, préparé et, il faut bien le reconnaître, beaucoup de malades s'en trouvaient mieux. Je réussis, enfin, à me procurer le fameux remède, qui n'était autre que de l'alcoolature de quinquina; je l'ai employé et j'ai eu lieu de m'en féliciter.

Le quinquina pouvait agir ici comme anti-septique. Il donne d'excellents résultats quand il est employé pour saupoudrer des plaies de mauvaise nature. Pour les fausses membranes, il peut les détruire et modifier très heureusement les surfaces sur lesquelles elles reposent.

OBSERVATION VII.

Phlébite.

Monsieur Ch..., est âgé de 46 ans ; fatigué par le travail et surtout par des courses successives, il se plaint de ressentir des malaises qui lui enlèvent tout courage.

Il tousse, et comme naturellement il est prédisposé aux idées noires, il est convaincu qu'il est phthisique.

L'auscultation ne donne aucun signe révélateur de la maladie supposée ; quelques râles sibilants et muqueux dénoteraient une tendance à la bronchite.

Je lui conseillai pour le moment *bryone* et *ipéca*.

Questionné sur son état général, il finit par m'avouer que jusqu'à un âge assez avancé (25 ans) il s'est livré à la pratique de la masturbation et que de bonne heure il est devenu impuissant.

Il a usé, dit-il, de beaucoup de médicaments délivrés par des médecins spécialistes qui lui avaient été recommandés, mais jusqu'à ce jour il n'a éprouvé aucune amélioration dans sa situation ; de là chez lui un grand découragement et même le dégoût de la vie.

Je le rassure néanmoins et lui promet de lui faire subir un traitement qui quelquefois m'avait réussi.

Phosphore et *china* ont été des médicaments qui dans deux cas de ce genre, et chez des hommes de 37 à 40 ans, m'ont donné les meilleurs résultats.

Quelques jours après être venu chez moi, ce malade me fit appeler, il toussait beaucoup plus et comme il avait de la fièvre avec frissons, il avait gardé le lit.

La toux était en effet très forte, les râles un peu plus nombreux également, mais je ne voyais pas là un cortège de symptômes assez importants pour motiver la fièvre qui était à 110.

Je prescrivis *aconit*, teint. mère et *bryone* 6°.

Le lendemain, je retournai voir ce malade, qui me dit avoir omis de me dire la veille qu'il avait mal à une jambe.

La douleur, peu vive au début, et qui n'avait point attiré son attention, avait pris depuis la veille une intensité telle qu'il n'avait pu dormir de toute la nuit.

J'examinai la jambe malade et lorsque j'appuyai le doigt sur le trajet de la veine saphène interne, la douleur s'exaspérait, mais elle était bien plus vive au mollet où l'on éprouvait la sensation d'un cordon dur dans une longueur de deux à trois centimètres environ.

Le malade fait mouvoir très difficilement le membre affecté qui, du reste, présente un commencement d'œdème.

La fièvre était à 100 comme la veille, et le malade avait une soif dévorante.

L'hésitation n'était plus permise, une phlébite s'était révélée et il fallait songer à la traiter, car les accidents graves se développent rapidement dans ce genre d'affection.

J'exigeai du malade le repos le plus absolu et je prescrivis *mer. sol.* 3° et *pulsat.* 6°, alterné de deux heures en deux heures et je fis envelopper la jambe et

la cuisse dans de la ouate imbibée d'*huile d'arnica*. Je dois ajouter que la veine saphène interne était douloureuse dans tout son trajet et principalement dans le mollet, comme je l'ai déjà dit, et à son point de jonction avec la veine crurale dans l'arcade inguinale.

Pendant huit jours ce malade ne présente rien de particulier, mais la marche de l'affection est stationnaire.

Je crus devoir substituer *hamamelis* 6°, à *pulsat.* 6°, et je dois ajouter, qu'après trois jours de l'emploi de ce médicament, une amélioration très notable se manifesta et le malade commença à entrer dans la voie de guérison, guérison toutefois qui ne fut définitive que 20 jours après.

M. Ch. put donc marcher, mais je lui conseillai les plus grandes précautions et le repos immédiat aussitôt qu'il ressentirait la moindre douleur.

Bien que *hamamelis* et *pulsat.* aient une analogie très rapprochée, je dois, dans le cas présent, attribuer plutôt la guérison au premier de ces médicaments.

Entr'autres cas, je signalerai le fait suivant :

Une dame d'un certain âge se plaignait d'une douleur sourde dans toute la cuisse droite, ainsi que dans la jambe; très courageuse, elle ne continua pas moins à vaquer à ses occupations.

Cependant un jour, vaincue par la douleur et éfrayée par d'autres symptômes, elle s'arrêta et me fit appeler.

Je vis à la partie supérieure et antérieure de la cuisse, presque au pli de l'aîne, une ecchymose presque de la grandeur de la main et tout autour les veines superficielles gonflées et distendues; toute la jambe était dou-

loureuse, mais je constatai surtout une sensibilité plus grande dans la région du creux poplité.

Elle avait été prévenue, dit-elle, de cet accident, par un gargouillement dans cette partie de la cuisse.

J'ai conseillé le repos le plus absolu et un bas élastique enveloppant tout le membre.

Comme médicament, je prescrivis uniquement *hamamelis* t. m. 8 gout. pour 200 gr. d'eau et 4 cuillerées par jour.

Ce traitement dura 15 jours environ, mais ce ne fut qu'après vingt jours que toute trace d'épanchement sanguin avait disparu et que la peau avait repris sa couleur normale.

C'est par la rupture de quelque vaisseaux veineux qu'il faut, je crois, expliquer la présence de cette ecchymose.

Je dois ajouter, pour être complet, que ma malade ne portait aucune trace de varices.

Si *hamamelis* est surtout spécial pour les affections du système veineux, c'était là, il me semble, le cas de l'employer; le résultat obtenu si rapidement prouverait que ce médicament était dans sa sphère.

OBSERVATION VIII.

Purpura simplex.

Marie V..., âgée de 8 ans, constitution grêle, débilitée, ayant souvent de petits accès de fièvre, des malaises, très difficile pour la nourriture et par conséquent mangeant peu, caractère triste et ne s'amusant pas comme les enfants de son âge.

Cependant la nourriture de la famille est bonne et

l'appartement est dans les meilleures conditions d'hygiène possible.

Un malaise durant plus qu'à l'habitude, on me fit appeler. La mère avait aperçu sur les jambes de l'enfant une quantité considérable de petites taches rouges ressemblant à des piqures de puces.

Beaucoup plus nombreuses sur les jambes et les bras, elles étaient assez largement disséminées sur le reste du corps.

Des ecchymoses nombreuses, présentant de larges places violacées, apparaissaient également sur les membres inférieurs et supérieurs et sur le devant de la poitrine.

Les paupières étaient aussi boursoufflées et couvertes de boutons.

Ce qui effrayait surtout les parents c'était la quantité de sang que l'enfant rendait par la bouche, les gencives étaient spongieuses et rouges.

L'oreiller était tous les matins et dans toute son étendue, largement taché d'une matière noirâtre.

Tous ces symptômes indiquaient plus que le *purpura simplex* c'est, je dirai presque, *hemorrhagica*.

J'ordonnai d'abord *sulf.* 3^e et *lachesis* 6^e et je fis badigeonner la bouche avec une préparation de miel rosat boraté.

Comme régime je conseillai une bonne alimentation, du vin de Banyuls et de l'eau ferrée.

Ce traitement fut suivi pendant une quinzaine et l'affection s'améliora, surtout les suintements de la bouche ; l'enfant devint plus gaie et l'appétit fut meilleur.

Les ecchymoses furent très longues à disparaître et

elles existaient encore alors que toute trace de pétéchies était perdue.

Quand le mieux fut bien accentué, je conseillai *china* et *arsenic* comme reconstituant et j'engageai la mère à conduire son enfant l'été prochain dans les Pyrénées, surtout à Luchon, où les enfants scrofuleux et rachitiques recouvrent rapidement forces et santé.

OBSERVATION IX.

Colique néphrétique.

Mademoiselle D., âgée de 20 ans, d'une constitution sanguine, assez bien réglée, est sujette depuis le mois de janvier 83 à des douleurs dont elle caractérise assez bien la nature.

Ces douleurs, dit-elle, partent du rein gauche, contourment la hanche et se dirigent vers le bas-ventre : elles sont parfois tellement violentes que des syncopes avec perte complète de connaissances les accompagnent.

Des nausées, des vomissements bilieux, la perte de l'appétit surviennent après ces premières douleurs, qui ne sont plus si intenses qu'au début, mais qui persistent sourdement.

Un médecin appelé diagnostique des douleurs névralgiques, fait une injection de morphine et se retire.

Pendant six mois environ la jeune malade éprouve des alternatives de bien et de mal, mais elle ne reste jamais sans souffrir ; au moment des époques, parfois difficiles, les douleurs étaient plus intenses.

Elle ne suivait aucun traitement.

Cependant le besoin d'uriner devint plus fréquent, la miction plus rare et plus difficile.

En septembre, cette malade vint me voir après une crise violente, crise qui avait encore été prise pour une névralgie et par suite traitée par la morphine.

Je fis raconter à ma jeune malade son histoire, avec les détails les plus circonstanciés et je n'eus pas de peine à reconnaître tous les caractères de la colique néphrétique.

Je rassurai la mère et la jeune fille qu'un pareil état, qui durait depuis si longtemps, ne cessait de tourmenter.

Je prescrivis *china* 3^e trit., 10 cent., 30 paquets semblables, un pris le matin et un le soir.

Ce traitement était à peine commencé depuis 4 jours que la jeune malade rendit un petit calcul de la grosseur d'un pois chiche.

Toutes les douleurs, tous les malaises ont cessé ; depuis lors cette jeune fille jouit de la santé la plus parfaite.

Je dois dire que, de temps en temps, et pour prévenir des retours, toujours possibles dans cette affection, je conseille de prendre quelques paquets de *china*.

Depuis le travail sur cette question, si bien traitée par notre secrétaire général, le Dr Claude, dans notre Bulletin, j'ai eu occasion d'expérimenter plusieurs fois le *china* dans les coliques néphrétiques et j'ai toujours eu lieu d'en être très satisfait.

OBSERVATION X.

Pemphigus chronique.

V... est âgé de 19 ans ; il est grand, maigre ; quoique jeune, il semble avoir une constitution ruinée. Il a un

notable se produisit ; le mieux alla toujours en augmentant, le malade ne garda plus le lit, et fin septembre il put reprendre son métier d'ébéniste qu'il avait cessé depuis un an environ.

L'*hydrocotile asiatica* me paraissait indiqué dans la circonstance, puisque sa pathogénésie faite par le Docteur Audouit nous le montre comme stimulant la surface cutanée et y faisant naître de la rougeur, de l'érythème et de la démangeaison.

Caseneuve et Devergie, de Paris, vantaient ses vertus curatives dans les affections vésiculeuses.

Quant à l'*hydrastis canadensis*, employé comme topique, ses preuves ne sont plus à faire et une large expérience de son emploi, dans ces conditions, justifie pleinement tous les bienfaits qu'on peut attendre de cette médication. J'ai pu modifier très heureusement chez une dame âgée et paralytique une énorme eschare du sacrum.

Il paraît que, dans les mains des homœopathes, ce médicament devait faire merveille, puisque l'allopathie française et allemande s'en empare et vante ses bienfaits. Seulement, on nous indique sa découverte comme très récente et on oublie de dire qu'il y a 25 ans Bayes, en Angleterre, constatait son action puissante sur les ulcères, les tumeurs : il avait largement et victorieusement devancé sur ce terrain, les expériences de Schatz en Allemagne.

Il en est de même des essais de Brown en Angleterre pour le *Cannabis indica* ou chanvre indien, étudié depuis longtemps par Norton.

Constatons que notre thérapeutique a du bon, puis

que nos adversaires s'en emparent si allègrement ; c'est le meilleur hommage qu'ils puissent rendre à l'homœopathie, nous les en remercions sincèrement.

S'il nous fallait publier la liste de leurs larcins, elle serait longue et intéressante.

OBSERVATION XI.

Urticaire chronique.

Mlle D... est âgée de 53 ans, d'un tempérament gouteux et sujette aux rhumatismes. Jusqu'à l'année dernière les règles ont été très régulières, mais depuis un an environ le flux menstruel est sujet à des intermit tences : six semaines, deux mois se passent sans que rien ne paraisse.

Mlle D.. est donc sous l'influence de la ménopause, et c'est à cette cause que j'attribue l'affection si incommode dont elle se plaint, affection qu'aucun auteur ne signale comme pouvant être déterminée par l'âge critique.

Donc, depuis un an environ, notre malade voit continuellement toutes les parties de son corps couvertes de plaques ortiées, lesquelles sont le siège de cuisson, de brûlures, de prurit excessivement incommodes. Si, le jour un peu de calme se produit, il faut alors compter sur des nuits entières de souffrance.

La pauvre malade croit trouver un soulagement dans l'emploi d'une brosse, mais, pour moi, je crois qu'elle irrite davantage la peau et je lui recommande d'en cesser l'usage.

Se trouvant dans une station thermale pour traiter ses rhumatismes, le médecin hésite à lui faire prendre

des bains sulfureux et il la soumet tout simplement au régime des étuves, lequel régime est accompagné de purgatifs répétés; avec l'eau d'Hunyadi-janos.

Ce traitement a été suivi pendant près de deux mois, car la malade n'hésitait pas à prolonger son séjour dans la station balnéaire pour obtenir une guérison complète, tant cette indisposition l'incommodait.

Malheureusement elle dut revenir à Paris sans avoir éprouvé le moindre soulagement.

Elle me fit appeler au commencement d'octobre, m'exposa son état et comme tous les moyens employés jusque-là avaient été sans résultat, je la soumis à un régime purement homœopathique et je prescrivis *arsenicum* 3^e trit. 20 cent. en 20 paquets semblables, un paquet le matin et un le soir.

Comme lotions sur les endroits irrités, un mélange d'acide salicylique, borax, glycérine et eau, la valeur d'un litre, puis deux fois par semaine un bain d'amidon.

Pendant 15 jours ce traitement fut suivi, mais comme je n'obtenais pas encore ce que je désirais, et comme la malade commençait à se décourager, je crus devoir recourir à d'autres médicaments et je m'adressai à *urtica urens*, que j'administrerai comme *arsenicum*, c'est-à-dire à la 3^e trit., 20 centigr. en paquets matin et soir.

C'est à ce médicament, sans nul doute, que nous devons, sinon la guérison complète, du moins une grande amélioration dans l'état de la malade.

Après trois semaines environ de l'emploi de l'*urtica urens*, les démangeaisons n'existent plus et les nuits sont excellentes.

Les règles persistent dans leur irrégularité, jusqu'à leur disparition complète probablement.

Dans cet état de choses, j'ai conseillé à la malade de ne pas abandonner le médicament qui nous a réussi, mais, en raison des bouffées de chaleur, des sueurs, des maux de tête brûlants, j'ai conseillé l'usage de *Lachesis* 3^e dil. et la malade prend une semaine un médicament et la semaine suivante l'autre.

Quant au régime de la table, il est des plus simples, des plus modérés par conséquent ; ce ne sera pas là qu'il faudra chercher les causes du retour de la maladie, si par hasard elle reparaissait, mais bien plutôt à la ménopause.

OBSERVATION XII.

Pneumonie.

R... est âgé de huit ans, petite constitution, mais se portant bien habituellement.

Ces jours passés R... après avoir couru et sauté avec ses petits camarades, remonte chez lui et se plaint à sa mère de ressentir une douleur dans la côté gauche, douleur qui l'empêche de respirer.

La mère, qui a une confiance illimitée dans l'eau sédative et qui croit que là seul est le salut de son enfant, en inonde littéralement le jeune malade, qui pendant une nuit entière se trouve dans un bain froid, tant les compresses qui l'entourent sont saturées de l'eau soi-disant curative.

Le malade a une forte fièvre, 120, la douleur de côté n'est pas très forte, l'enfant a saigné du nez, l'auscul-

tation ne donne pas de signes bien caractéristiques et la toux est peu fréquente.

Je ne puis me servir des renseignements donnés par la mère, tant ils sont multiples, exagérés et par là même incomplets. J'observe, et à cette première visite je prescris *aconit* 1^{re} dilution dans 200 gr. d'eau, une cuillerée à dessert toutes les deux heures. Je revois l'enfant le soir, l'état était à peu près le même que le matin, seulement le malade dit qu'il se trouve mieux, parce qu'il a moins froid, et que son lit est plus sec; cela se comprend.

L'auscultation ne donne aucun signe : la fièvre est toujours à 120, un saignement du nez s'est produit à nouveau dans la journée.

Malgré les instances de la famille, je ne formule pas de diagnostic.

Le lendemain matin, c'est-à-dire le 3 septembre, deuxième jour de la maladie, on me dit qu'il a toussé une partie de la nuit, qu'il se plaint d'une douleur plus forte quand il veut tousser, que la tête lui fait mal et qu'il ne sait où la poser; je procède à un nouvel examen de la poitrine.

A la partie postérieure droite, j'entends des râles muqueux et crépitants, la douleur s'exagère quand je demande à l'enfant de respirer.

Ces divers râles sont bien un peu disséminés dans toute la poitrine mais ils sont plus marqués au siège de la douleur.

Dans ces conditions, l'hésitation ne m'est plus permise et je déclare un commencement de pneumonie lobaire.

Je maintiens *aconit* et je lui adjoint *bryone* tint. m. 6 gouttes, alternées d'heure en heure; lait pour boisson.

Le 4, même état, fièvre à 120, même prescription.

Le 5, la percussion donne un son mat, en même temps que l'auscultation décèle un bruit de souffle très prononcé. *Phosp.* 3^e dil. remplace *aconit.* et il est donné en même temps que *bryone*.

Dans la nuit du 5, l'enfant est pris de délire et ce n'est qu'à grand peine qu'on le maintient dans son lit. Craignant qu'il ne s'établisse quelque congestion du côté du cerveau, je prescris pour la journée du 6, *bellad.* 3^e en potion de 200 gr. d'eau, une cuillerée toutes les heures. La fièvre n'a pas changé et l'auscultation n'indique pas un retour vers la résolution.

Le 7, on m'apprend le matin que la nuit a été plus calme.

Je revois l'enfant le soir et je constate un peu de moiteur à la peau et un abaissement assez notable du pouls, puisque de 120 qu'il avait le matin il était descendu à 104, le souffle bronchique a un peu diminué.

Pour hâter la résolution je reviens à *phosphore* et *bryone* et je fais suspendre la *belladone*.

Le 8 le pouls est à 90, l'auscultation annonce une grande diminution du bruit de souffle, en partie déjà remplacé par le râle crépitant de retour. Même traitement.

Le 9, l'enfant demande à manger et veut également ses jouets, toux encore légère, pouls à 90.

On peut dès aujourd'hui annoncer que l'enfant marche vers un complet rétablissement.

Le 10, n'étant point allé voir ce malade à ma première visite, on m'envoie chercher en toute hâte et on me fait dire que l'enfant est beaucoup plus mal.

Je m'y rends à une heure et on m'apprend que depuis minuit, jusque vers 10 heures du matin, l'enfant n'a cessé de délirer.

A l'heure de ma visite l'enfant parle bien, comprend tout ce qu'on lui dit, et ne donne aucun signe de divagation dans les idées, le pouls est à 20.

Comme cet accident m'est confirmé par d'autres personnes que par la mère, je l'admets comme possible et je prescris *opium* 6^e pour prévenir le retour de ce délire.

L'enfant persiste à demander à manger, disant qu'il a réellement faim ; j'engage la mère à lui donner de temps en temps quelques aliments, potages, lait etc.

Le 11 et les jours suivants je revois ce malade, qui va de mieux en mieux.

J'ai attribué ce délire, venu si inopinément, à la faiblesse provoquée par le défaut d'alimentation ; cet enfant avait toujours crié la faim et la mère lui avait obstinément refusé la nourriture, quoique dans un bon but, il est vrai, mais je lui avais cependant bien recommandé de le soutenir par du bouillon, du lait, etc.

J'ai eu cet hiver trois ou quatre cas de pneumonie chez des enfants du même âge, environ 7 à 9 ans, et tous ont guéri sans les vomitifs et les vésicatoires. *Bryone*, *phosphore* et *belladone* ont été, suivant les circonstances les seuls remèdes employés.

Constatons, en passant, que la *bryone* est aujourd'hui très recommandée, pour le traitement de la

pneumonie, par un des professeurs qui s'occupe le plus, à Paris, des maladies de l'enfance.

Il faut donc forcément admettre que l'homœopathie possède d'excellents remèdes.

Dernièrement, un médecin de Lyon aurait obtenu des guérisons de pneumonie chez des enfants avec des lavements froids pour tout traitement. Je crois qu'il faut attendre des faits plus probants pour être convaincu de l'efficacité de pareils remèdes. Je sais bien que pendant un certain temps, en Angleterre, on a prescrit des bains froids aux pneumoniques. A Bordeaux, ils furent conseillés par l'un des médecins les plus distingués de la ville; ils donnèrent les plus funestes résultats. Je ne crois pas que la méthode anglaise ait trouvé beaucoup d'adhérents.

Quoiqu'il en soit, je constaterai encore une fois que j'ai traité un très grand nombre de pneumonies chez des enfants, des adultes et des vieillards et que je n'ai eu à déplorer qu'un seul accident et chez une femme usée par la boisson. On ne peut le nier, l'homœopathie est souveraine pour le traitement de cette affection; du reste ses preuves ne sont plus à faire.

OBSERVATION XIII.

Molluscum simplex de la grande lèvre.

D'après M. A. Marfan, actuellement interne des hôpitaux de Paris, qui a fait une étude spéciale de la question, le *Molluscum simplex de la grande lèvre* serait assez rare et peu d'observations sur ce sujet existaient dans la science.

Je ne partagerai pas cette opinion, car j'ai eu occasion d'en opérer deux dans ma carrière médicale, dont un tout récemment; ce qui peut donner à supposer que les faits de ce genre se présentent plus souvent que ne le croit notre jeune et intelligent confrère.

On doit, d'après lui, désigner sous le nom de *Molluscum (simplex vrai ou pendulum)* une tumeur qui est anatomiquement un fibrome du derme et qui, au point de vue clinique, est caractérisée par des saillies de la peau plus ou moins volumineuses, bien pédiculées, molles, ressemblant à des poches membraneuses flétries et dont la marche est excessivement bénigne.

Ce sont bien là les caractères des tumeurs que j'ai enlevées.

Il ajoute qu'on donne souvent à l'affection ci-dessus désignée le nom de molluscum éléphantiasique, parce que ces tumeurs ont subi des inflammations qui ont dû les modifier dans leur forme extérieure, mais n'en conservent pas moins leur caractère anatomique propre. Puis les productions éléphantiasiques de la grande lèvre n'ont pas de limites bien tranchées; elles se continuent avec le tissu voisin, sans ligne de démarcation. Il n'en est pas ainsi avec le genre de tumeur qui nous occupe et qui est nettement pédiculée.

Mme L..., est âgée de 37 ans, bien réglée, ayant eu 4 enfants, le dernier il y a 8 ans.

Il y a deux ans environ, elle s'est aperçue qu'elle avait une toute petite grosseur à la vulve; elle prit cela pour une glande et n'en parla pas. Peu à peu néanmoins la tumeur augmenta, mais bien qu'elle ne fût aucunement douloureuse, la marche se trouvait gênée

par le frottement contre les parties environnantes.

J'examine la tumeur; elle a la forme d'une petite poire; elle est pédiculée et le pédicule s'insère à la grande lèvre du côté gauche. L'épiderme qui la recouvre est normal et possède la pigmentation des organes génitaux externes. La tumeur pressée entre les doigts donne la sensation du tissu fibreux et résistant.

Bien que ces sortes de tumeurs ne soient pas riches en vaisseaux sanguins, je dus néanmoins, avant son enlèvement, faire une ligature à l'insertion du pédicule avec la grande lèvre et avec le bistouri je fis la section. Comme je le présumai, la coupe de la tumeur n'a donné lieu qu'à un très faible écoulement de liquide séreux.

L'examen histologique a démontré que cette tumeur était formée de tous les éléments qui entrent dans la constitution du tissu fibreux dermique et qui, par sa forme, sa nature, sa situation appartient à la classe des *molluscum simplex* de la grande lèvre.

Quant à la deuxième tumeur que j'ai enlevée, il y a dix ans environ, elle était plus volumineuse; comme grosseur et comme forme on aurait pu la comparer à cette espèce de poire qui mûrit au commencement de l'été et qu'on désigne sous le nom de *satin vert*.

Je crois devoir faire observer également que ces sortes de tumeurs siègent plutôt à gauche qu'à droite.

Les hémorrhagies qui peuvent compliquer les *molluscum* de la grande lèvre imposent n'opérer qu'en dehors de la période en ce que M. Marfan conseille avec les occupés de la question.

Mais, je crois devoir le répéter, les véritables cas de *Molluscum* ayant tous les caractères de l'espèce de tumeur savamment décrite par M. Marfan ne sont pas aussi rares qu'on le suppose.

Dr ROCHET.

USSAT ET AX

Le traitement par les eaux minérales prend de jour en jour un plus grand développement, en raison directe des facilités qui sont données au malade pour se rendre sans fatigue vers les stations thermales.

Pendant les quelques jours de vacances qu'impose toute une année de travail, je visite une ou deux stations, soit des Pyrénées ou des Alpes et près de médécins qui ont une pratique assidue des eaux de leur contrée, je m'informe, j'étudie.

Je crois donc qu'il ne sera pas hors de propos d'insérer dans notre bulletin les quelques observations que j'ai pu faire, les renseignements que j'ai pu recueillir cette année sur les eaux d'Ussat et d'Ax les deux plus importantes stations de la chaîne Pyrénéenne qui s'étend jusqu'à l'Ariège.

Deux médecins qui exercent dans ces deux villes, le Dr Bonnans à Ussat, depuis 45 ans, le Dr Mourié à Ax, depuis 30 ans, avaient à leur disposition les éléments d'une longue et savante pratique pour être l'un et l'autre à même de me renseigner d'une façon spéciale et avantageuse.

Ussat est une petite ville resserrée dans une vallée étroite formée par deux gorges de montagnes calcaires. Au fond coule l'Ariège, le Pactole des Gaules, ainsi que l'appelle Malte-Brun.

C'est sur les deux rives de cette rivière que se trouvent les établissements de cette station, mais c'est tout aux Thermes, situés sur la rive droite, que les malades doivent accorder une entière confiance car là, l'eau arrive directement de la source au bain, sans intermédiaire, avec sa pureté native et sa température constante.

Pendant tout le temps de l'immersion le malade est plongé pour ainsi dire dans un ruisseau d'eau courante chaude.

Les eaux d'Ussat sont limpides, inodores, sans saveur et légèrement onctueuses au toucher.

La température des sources varie de 30 à 40 degrés, mais ces mêmes sources réunies dans une galerie de distribution, donnent une température spéciale comprise entre les limites 31 à 37° centig.

L'analyse les a classées parmi les eaux salines simples, bicarbonatées calciques.

L'analogie de composition entre les eaux d'Ussat et d'autres eaux minérales salines, écrit le Dr Bonnans ferait supposer une identité d'effets thérapeutiques qui n'existe pas. Il est difficile d'expliquer le mode d'action de ces eaux, et plus difficile encore d'affirmer si leur efficacité tient à leur constitution intime. Le principe minéralisateur et la température ne peuvent rendre compte des effets produits; un agent inconnu se dérobe encore à nos investigations. Cet agent inconnu serait-il l'électricité? Cette hypothèse pourrait bien, plus tard, devenir une réalité; c'était l'opinion d'un homme d'un grand talent, le docteur Scoutetten; il avait même cherché, dans une série d'expériences, à démontrer la présence de l'électricité dans les eaux minérales chaudes.

En hydrologie médicale, les faits dominent les théories. Les faits se groupent; on les étudie, on les médite et on en déduit les règles d'une pratique spéciale.

Les bains d'Ussat agissent sur la plupart des phlegmasies chroniques; leur action est manifeste dans les maladies des organes abdominaux, et est toute spéciale dans les maladies de l'utérus. Ils guérissent ou modifient très avantageusement les troubles des centres nerveux, les lésions de la vie de relation.

Mais il faut éviter d'envoyer à ces eaux les malades atteints de rhumatisme, avec lésions du cœur, les scrofuleux, les rachitiques.

Toutes les affections de l'utérus sont traitées avec le plus grand succès à Ussat mais, d'après ce que j'ai pu constater, toutes les lésions des centres nerveux, toutes les névroses sous quelque forme qu'elles se présentent trouvent, dans l'action sédative de ces eaux, un puissant modificateur.

Que de nevropathes, que d'hypocondriaques, que d'hystériques après une ou deux saisons ont trouvé là le repos et la santé.

AX.

Station thermale des plus riches de l'Europe, située dans une vallée des Pyrénées centrales, elle peut, par sa position topographique, ses sites pittoresques, ses curiosités naturelles, et surtout par ses sources aussi nombreuses que variées (60) soutenir avantageusement la comparaison et la lutte avec ses grandes rivales Luchon, Bagnères et Cauterets.

Une vieille tradition, fort répandue dans le pays, enseigne que les sources sulfureuses d'Ax, déjà connues par leur efficacité des anciens Gaulois, avaient commencé à être fréquentées sous le règne de saint Louis. C'est, dit-on, ce monarque qui aurait fait construire une piscine pour la guérison de la lèpre importée en France par les Croisés. Le bassin, en effet, qui baigne les murs de l'hôpital porte le nom de Ladres, ou lépreux. Ce n'est pourtant que du XVIII^e siècle que datent les premières fondations balnéaires d'Ax.

Les sources thermo-sulfureuses d'Ax sont au nombre de 60 dont 44 seulement sont captées et alimentent quatre établissements importants. D'après certains géologues, on les croit issues du même réservoir que celles de Luchon. Elles appartiennent toutes, sauf la source Montmorency, à la classe des eaux sulfurées sodiques. La température atteint 75 degrés.

Les eaux sulfureuses d'Ax forment, sous le rapport de la sulfuration, une gamme diatonique et comme une échelle qui, par des degrés presque insensibles, monte depuis 0, jusqu'à 26 milligrammes de sulfure de sodium par litre d'eau.

En se reportant aux tableaux de leur sulfuration respective, il devient aisé de s'expliquer leurs principaux effets thérapeutiques. Ainsi les sources les plus manifestement sulfurées sont très excitantes, les sources moins sulfurées, ou qui sont en voie de dégénérer, excitent naturellement moins et celles qui ne contiennent aucune trace de soufre ont un effet sédatif, qu'on les emploie isolément ou simultanément, à l'extérieur ou à l'intérieur.

De là ces dénominations de bains forts, de bains

doux; de là aussi l'importance réelle de ne point entreprendre une cure sans avoir eu préalablement recours à un médecin éclairé et qui depuis longues années pratique dans cette station.

Les maladies auxquelles les eaux d'Ax conviennent le mieux sont: les rhumatismes, surtout les rhumatismes anciens, invétérés, la scrofule, les affections de la peau, principalement l'eczéma à forme atonique invétérée. Les affections bulbeuses, le *pemphigus*, les papuleuses, *lichen*, *prurigo* reçoivent d'heureuses modifications d'un traitement intus et extra.

Les tumeurs blanches du genou, considérées très souvent comme incurables, sont guéries radicalement après une ou deux saisons.

Combien de malades aussi profondément atteints ont déposé à Ax les béquilles avec lesquelles ils y étaient venus. Dans les vieux établissements, on montrait autrefois tout un arsenal de ces bâtons-appuis devenus inutiles après une saison plus ou moins longue.

Un fait remarquable, que l'on observe dans les quatre établissements, c'est que l'on peut y prendre un bain alcalin et un bain sulfureux.

Cette eau alcaline, qui porte le nom d'*Eau bleue*, au Teich, appartient à la classe des eaux sulfureuses dégénérées. Cette eau très alcaline contient une quantité notable d'hyposulfite de soude.

Elle produit un effet diurétique des plus marqués. Son action dissolvante est incontestable sur les calculs urinaires.

Aussi l'a-t-on préconisée avec raison contre la gravelle et la goutte, contre certaines formes rebelles de la diathèse rhumatismale, s'accompagnant de dépôts sédimentaires dans les urines, lesquels disparaissent complètement sous l'influence de cette médication intime.

Les eaux d'Ax sont regardées comme contraires à la phthisie au 3^e degré, aux névroses, aux affections du cœur, en un mot dans tous les cas où il faut se garder d'accélérer la circulation ou d'activer l'innervation.

La durée du traitement est de 20 à 25 jours comme dans toutes les stations des Pyrénées.

Le séjour y est facile et peu coûteux, et on n'y rencontre pas, comme dans d'autres pays, de somptueux casinos où vont si souvent s'engloutir des fortunes

considérables. Les salles de jeux, il faut l'avouer, sont cause aujourd'hui que nos belles stations sont abandonnées par les familles sérieuses qui ne veulent pas trouver la ruine là où elles allaient chercher la santé.

La tranquillité d'esprit, l'air pur des montagnes, quelques promenades au milieu de cette nature tour à tour sauvage et riante, sur des sommets couverts de bosquets ou dans des vallées qu'arrosent de nombreux ruisseaux, voilà le complément accessoire de la médication thermale, complément qui ne peut manquer de produire les plus heureux résultats.

D^r ROCHET.

HOPITAL SAINT-JACQUES

RECONNU ÉTABLISSEMENT D'UTILITÉ PUBLIQUE

Par Décret du 13 Juillet 1878

282, rue Saint-Jacques, actuellement rue Volontaire
près la rue de Vaugirard, 227.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 2 MARS 1884.

PRÉSIDENTE DE M. LE D^r JOUSSET.

M. le Docteur Frédault lit le rapport suivant sur le service de l'Hôpital, pendant l'année 1883.

Mesdames, Messieurs.

C'est avec un rayon de joie et d'espérance dans le cœur mais non sans de grandes sollicitudes, que nous vous apportons ce treizième rapport sur l'œuvre de la Maison St-Jacques dans laquelle vous nous avez aidés et assistés avec tant de charité et de dévouement, et qui entre dans une phase nouvelle qu'on pourrait nommer un second enfantement.

Dans les années précédentes, nous vous avons confié nos soucis sur les difficultés multipliées qui dépendaient des constructions où l'œuvre avait été fondée; les vices d'un bâtiment trop vieux et menaçant ruine, les salles mal closes, les salles des hommes mal aérées, nos chambres trop peu nombreuses pour répondre à la clientèle ou trop exigües et mal fermées, dans lesquelles un toit ra-

vagé et des murailles lézardées, laissaient par les temps de pluie filtrer l'eau qui tombait sur les lits, ou imbibait les papiers de tenture. Dans cet état de choses, le propriétaire ne pouvant faire les réparations urgentes, que nous ne pouvions, non plus, prendre à notre charge, il nous fallait transporter l'œuvre ailleurs.

L'année dernière nous vous avons dit que le grand parti était pris, après beaucoup de recherches et de réflexions, qu'une souscription avait été ouverte et couverte, qu'un terrain venait d'être acheté, et qu'on s'occupait des plans de la construction à élever.

Aujourd'hui nous venons vous dire : la maison est faite, et dans quelques semaines le nouvel hôpital qui est une œuvre modèle sera ouvert à nos malades. (1).

On s'est adressé à la Maison Tollet qui a déjà construit en province d'autres hôpitaux, et dont le nouveau système répond pratiquement aussi bien que théoriquement à toutes les exigences des données scientifiques de l'hygiène. Les bâtiments sont bien exposés, de manière à ce que le soleil vienne baigner toutes les salles et les chambres, selon les heures de la journée. Les salles sont hautes, voûtées en ogives ; l'air y arrive incessamment par des voies ménagées, et s'échappe ensuite, par une ouverture d'appel située dans la voûte ; de sorte que l'accumulation des émanations organiques et infectieuses y est impossible. Le chauffage est aménagé par des moyens qui se combinent avec ceux du renouvellement de l'air, et sans que celui-ci puisse être altéré par un contact direct avec les gaz du foyer. Ces salles sont grandes, vastes, et peuvent contenir quarante lits. En même temps, dans un pavillon séparé, dix chambres dont cinq pour les hommes et cinq pour les femmes, pourront répondre aux demandes de la clientèle payante que nous ne pouvions satisfaire rue St-Jacques. Enfin, les aménagements pour la Chapelle, la pharmacie, les bains et pour le personnel, en particulier pour les sœurs hospitalières qui nous ont montré tant de dévouement rue St-Jacques, et qui le continueront avec cette charité si active et si tendre que nous leur connaissons, ne laisse rien à désirer.

Dans quelques semaines, je pourrais même dire dans quelques jours, votre œuvre qui va être si bien renouvelée, sera en plein exercice, et il vous sera loisible, nous vous le demandons même instamment, de la visiter. Puisse

(1) Ruelle Volontaire, au 227 de la rue de Vaugirard.

Dieu bénir, rendre féconds et récompenser tant d'efforts qui ont été déjà faits, et ceux dont nous avons besoin, et qui ne nous manqueront pas, je l'espère ; ceux de nos éminents confrères qui sont à la tête de l'œuvre, ne lui ménageant ni leur science, ni leurs forces, ni même leur bourse, et le dévouement des Dames et des Messieurs de tout rang qui ont donné et leur temps et l'argent nécessaire. Puissent aussi les malades trouver dans cette maison tout le bien que nous leur désirons, et que la guérison ou le soulagement dans leurs maladies soient une démonstration de plus en plus évidente de la vérité thérapeutique dont notre clinique vous a déjà donné tant de preuves.

Vous vous rappelez sans doute les différents comptes rendus qui vous ont été présentés des onze premières années de notre exercice ; le nombre des malades soignés, la statistique de mortalité et sa comparaison avec celle des autres hôpitaux. Je n'ai que des données analogues à vous présenter pour la douzième année, sauf les différences qui résultent des circonstances particulières où nous nous sommes trouvés. Ainsi, notre location prenait fin le 15 octobre ; dès le milieu de septembre, nous avons dû songer à ne plus recevoir des malades, et nous en avons gardé quelques-uns jusqu'au dernier moment. Nous avons donc eu moins d'entrées 122, au lieu de 211 comme l'année précédente. Mais il en restait 14 dans nos salles le 1^{er} janvier, et ainsi le total de ceux qui ont été soignés est de 134 ; cela fait pour les douze années d'exercice rue St-Jacques, 1896 malades ; 158 par année, en moyenne.

Notre mortalité présente un chiffre élevé de 18 décès, mais il faut selon toute justice tenir compte des maladies. Ainsi nous avons eu 6 malades atteints de phthisie, entrés dans nos salles à la dernière période, que la charité nous commandait d'admettre, et qui venaient comme pour mourir chez nous ; un cas d'aortite chronique incurable ; un cas de cancer ; un cas d'endocardite avec albuminurie ; un cas de gangrène diabétique ; un cas d'ascite qui était entré depuis plus d'un an, et dont nous avons prolongé l'existence contre tout espoir. Je compte encore 3 cas de méningite tuberculeuse dont la léthalité est telle, que beaucoup de médecins contestent qu'on en ait jamais guéri un seul cas. Je note aussi un cas de catarrhe suffocant et un cas de pneumonie qui sont entrés dans un état avancé et qu'on n'a pour ainsi dire pas eu le temps de soigner. Enfin, il y a deux décès par fièvre typhoïde, celu

d'un malade appartenant à l'année précédente : et un autre, qui entré le soir, mourait le lendemain matin. A côté de cela nous avons eu 12 cas de fièvre typhoïde guéris. Si en somme nous ne comptons que les maladies aiguës vraiment soignées, nous n'aurions qu'une statistique mortuaire auprès de laquelle toute autre paraîtrait calamiteuse.

Mais je ne veux pas vous arrêter plus longtemps sur une année incomplète d'ailleurs, ni sur l'état de choses de notre ancien établissement, alors que vous êtes sans doute tout occupés de la nouvelle installation où l'œuvre va se poser, et des perspectives d'avenir que nous pouvons entrevoir. Dans ces conditions nouvelles tout nous fait espérer que la Maison St-Jacques sera digne de tous points de ce que nous nous promettions il y a douze ans, dès les premiers pas de notre entreprise, et qu'on y dépassera le bien qui a été déjà fait rue St-Jacques.

Toutefois, il ne faut pas nous le dissimuler, il reste encore bien des efforts à faire pour meubler la maison, la fournir de linge, lui donner tout l'outillage nécessaire ; et permettez-nous de croire, qu'après tout ce que vous avez fait, vous ne laisserez pas l'œuvre inachevée, ni imparfaite. Nous comptons Mesdames et Messieurs, sur votre charité et votre dévouement pour parfaire ce que vous avez si bien commencé. Et permettez-moi, Mesdames, d'ajouter qu'en m'adressant à vous les premières, lorsque je dis Mesdames, Messieurs, ce n'est pas une banale parole de politesse que j'emploie, mais que je veux accentuer la confiance entière que nous avons en vous, en raison de tout ce que nous vous devons déjà, et parce que ce n'est pas en vain qu'on s'adresse au cœur des femmes de France qui ne se donnent jamais à moitié aux œuvres qu'elles entreprennent, et ne s'arrêtent dans l'activité merveilleuse de leur dévouement que lorsque tout le bien à faire est surhumainement atteint.

RAPPORT

DU DOCTEUR GUÉRIN-MÉNEVILLE, *Trésorier.*

MESDAMES ET MESSIEURS,

Nous avons l'honneur de vous soumettre le compte des recettes et des dépenses de l'hôpital St-Jacques, pour l'année 1883.

RECETTES.

Avoiren caisse le 1 ^{er} janvier 1883 Fr.	968 15	
Rentes diverses de l'année.....	1.917 80	
Souscriptions des amis de l'Ho-		
mœopathie.....	17.779 »	
Produit de diverses sous-locations.	4.358 75	
Valeurs du Portefeuille, réalisées .	1.512 40	
Rétribution des malades payants.	9.142 20	
Avoir total..... Fr.		<u>35.673 30</u>

DÉPENSES.

Nourriture et vin.....	Fr. 9.332 75	
Eclairage.....	259 70	
Chauffage	1.039 95	
Blanchissage.....	1.033 60	
Pharmacie et bains.....	207 30	
Jardinier.....	50 »	
Concierge....	600 »	
Domestiques, gardes de nuit....	1.074 35	
Traitement des sœurs...	1.160 »	
Loyer.....	13.892 »	
Interne.....	600 »	
Assurances	62 15	
Frais de comptes-courants, d'im-		
primerie et autres menues dé-		
penses de bureau, etc., etc. ...	454 60	
Enregistrement.....	109 90	
Vidanges.....	261 45	
Eaux... ..	120 50	
Dépenses maçonnerie....	104 45	
Recouvrements de souscriptions...	23 15	
Honoraires d'architecte	24 »	
Dépenses diverses des sœurs....	344 »	
Dépense de St-Jacques...	<u>30.694 15</u>	.694 15

DÉPENSES DU DISPENSAIRE

rue Coquillière, 31.

Loyer.....	3.053 20	
Étrennes.....	20 50	
Gaz.....	109 60	
Appariteur.....	300 »	
Chauffage	153 »	
Menues dépenses, bureau, etc.....	50 30	
Imprimés.....	509 10	
Mobilier.....	21 10	
Contributions.....	31 25	
Enregistrement du bail.....	22 50	
Ecriteau.....	23 »	
Etat de lieux.....	43 30	
Assurances.....	33 55	
Total, rue Coquillière....	4.375 40	4 375 40
Dépense totale de l'œuvre en 1883.		<u>35.069 55</u>

BALANCE AU 31 DÉCEMBRE 1883.

Recettes.....	35.673 30
Dépenses.....	<u>35.069 55</u>
Reliquat en caisse.....	<u>603 75</u>

Si actuellement l'on considère tous les besoins de l'œuvre, au moment où elle va entrer dans une phase nouvelle, avec l'ouverture des services de l'hôpital St-Jacques agrandi du double, on ne saurait trop stimuler le zèle de ses bienfaiteurs habituels. Nous voici forcés de pourvoir à toute une installation coûteuse : lits, meubles, linge, etc. Comment subvenir à ces dépenses exceptionnelles ? Certes ce ne saurait être avec nos seules ressources. Vous savez à quoi se réduisait le reliquat en caisse au 1^{er} janvier ; quant à nos valeurs, quelques-unes ont dû être réalisées pour faire face aux besoins les plus urgents. Notre réserve n'est plus aujourd'hui que de :

600 fr. de rente 3 %

868 fr. de rente 4 1/2 %

250 fr. de rente d'un capital de 5000 francs servis par un anonyme.

Nous espérons que vos libéralités nous permettront au moins cette année de conserver intacte cette modeste réserve.

LISTE DES SOUSCRIPTEURS POUR L'HOPITAL SAINT-JACQUES DE LA FONDATION AU 31 DÉCEMBRE 1888.

M. Abadie.
M. le vicomte d'Aboville.
M. et Mme Alphen (Emile).
Mme d'Alvarès.
M. Amelot.
M. André.
Mlle Annette.
Dr D'Antraigues.
Mme Eugène d'Aquin.
Mme d'Arcy.
Mme la comtesse d'Argout.
M. Armagnac (Léo).
M. Armand.
M. Arnaud (Victor).
M. Aubry.
M. Auxcoustaux.
M. Baillaud.
M. Bailleul.
M. Baillon.
M. Bailloud.
M. Bailly.
Mme Balcarce.
Mlle Balcarce (Maria).
M. Balcarce.
M. Balvay.
M. Barbet.
M. Barbier.
M. Baron.
M. Barrau.
Mme Barrau.
Mme Bartholony (A.)
M. Basilewski.
Mme Baudouin.
Mme Baurens.
Mme la Baronne de Baye.
Mme la comtesse de Beaulain-
court-Marle.

Mme Beaurain.
M. Beauvais.
M. Becard.
M. Becker, avocat.
Mme Bedier.
M. Bejot.
Mme Bellaigue.
Mme Bellanger.
M. Benoit.
Mlle Benoit.
M. Béranger (Charles).
Mme Bérard (Edouard)
M. Bérard (A.)
M. Berger (Amédée).
M. Berger (Aymé).
Dr Bernard.
M. Bernard fils.
M. de la Berthelière.
Mme Berthelin.
M. et Mme Bertherand.
Mme la baronne de Berthois.
Mme Bertrand (G.)
Mme Bertrand.
Dr Bertrand-Denamps.
Mme Bertrand-Denamps.
M. Besnard.
M. Besson.
Mme veuve Best.
Mme la marquise de Béthisy.
Mme la comtesse de Béthune.
M. Biaisi.
M. Bihourd.
Mme de Billy.
M. de Billy Alfred).
M. Bin.
Mme la duchesse de Blacas.
Mme la marquise du Blaisel.

- Mme Blausse.
 Mmes Bled.
 Mme Bligny.
 M. Blutz.
 M. Boischevalier.
 M. Boissard.
 Mme Boissard.
 Mme Boissier.
 Mme Bompard.
 Mme Bonneau.
 Mme Bonneau (Paul).
 M. Bonnefons.
 M. Bontemps.
 M. Bontour.
 M. et Mme Bontoux (E.)
 M. Bonvast.
 Mme Bordet (Henri).
 M. Bordier.
 Mme Boré-Verrier.
 M. le baron de Borras de Goya.
 Mme la baronne de Borras de Goya.
 Mme Bory-Wender.
 M. Boucastel.
 M. Boucaumont, député.
 M. Bouchard (Denis)...
 M. Bouche.
 Mmes Bouchot.
 M. Bougrain.
 Mme Bouillon.
 Mme Bouju.
 M. Boullemotte.
 Mme Bourdet (Edouard).
 Mme Bourdon (Georges).
 Mme la comtesse de la Bourdonnaye.
 Mme Bourgeois.
 M. Bournisien.
 Mme Bouthir.
 M. Boutois.
 M. Bouts.
 M. Bouvier.
 Dr Bowron.
 Mme Bowron.
 M. Bozoet (Henri).
 Mme Jules Brandon.
 M. Braquenié.
 M. et Mme Brault (Emile).
 M. Brebion.
 M. Brechemin.
 M. de Bréville (Georges).
 Mme Breton (Ernest).
 Mme Breton (Louis).
 M. Briat.
 M. Bride.
 M. Brisset.
 M. Brocard (Louis).
 M. le comte Brocard-Doumerc.
- Mme la Baronne Bro de Comère.
 Mme Brooks (Ernest).
 Mme Brooks (Thomas).
 Mme Bruneau.
 Mlle Bruner.
 M. le Dr Brunner.
 M. Brunton (John).
 Mme Bruzelin.
 Mme Burch.
 M. le Dr Cabarrus.
 Mme Cahen, d'Anvers (Louis).
 Mme Cahen, d'Anvers (Raphaël).
 M. Caillat (Henri).
 M. Caillet (Henry).
 Mme Caltier.
 Mme la duchesse de Cambacérès.
 Mme la comtesse de Cambacérès.
 M. Cany.
 Mme la princesse de Cantacuzène.
 M. Captier.
 Mme Carié.
 Mme Cartes.
 Mme Carraby.
 M. Carrou.
 M. le duc des Cars.
 Mme Cartier.
 M. Cartier.
 Dr Casal.
 M. de Castellán.
 Mme la comtesse de Castries.
 MM. Catellan frères.
 Mme de Catheux.
 M. et Mme de Catheux (Victor).
 M. de Caulaincourt.
 M. Cavaglioni.
 M. de Ceurer.
 Dr Chabot.
 Dr Champeaux.
 Dr Chanet.
 M. Chantrean.
 Mme la marquise de la Chataigneraie.
 Mme Chaubaud.
 Mme de Chégoïn.
 M. le Dr Cherbot.
 M. Chéret (Paul).
 M. et Mme Chevalier (Emile).
 Mme de Chevarrier.
 M. et Mme Chevreux.
 M. Chevreux.
 M. et Mme Cheuvreux.
 Mme la comtesse de Chivry.
 Mme Christoffe (Charles).
 Mme Christoffe (Paul).

Mme Claude.
 M. le Dr Claude.
 Les Dames de Ste Clotilde.
 Dr Collangette.
 M. Collière.
 Mme Collin.
 M. Collin.
 Dr Comeau.
 Dr Commandré.
 M. le Baron et Mme la Baronne
 de Commaille.
 Mme de Communes de Marsilly.
 M. de Communes de Marsilly.
 M. de Comminck.
 Dr Conan.
 M. de Corbie.
 M. le comte Declos Corbos.
 Mme de Cormenin.
 Mme Cornely.
 M. de Cornuau.
 Mme Corroyer.
 M. et Mme Cottier.
 M. de Courtois.
 Mme Courtois-Franck.
 Mme la baronne de Courval.
 M. Couturier.
 M. Couvreau.
 Dr Cramoisy.
 M. de Cranzès.
 Mme Crémieu (Léon).
 Mme Crémieux (Hector).
 Dr Crequi.
 Dr Cretin.
 M. et Mme Cuny (Léon).
 Mlle de C.....
 M. le vicomte Danger.
 M. Danger.
 M. Darblay jeune.
 M. Darlu (Ed.).
 Mme la baronne Daumesnil.
 M. David.
 Mme Davillier (Henri).
 Mlle Decam.
 M. Decourdemanche.
 M. Dedome.
 Mlle Dehaut.
 Mme Delabarre.
 Mme Delagarde (Emile).
 M. Delalande.
 M. Delamarre.
 Mme Delapoline.
 Mme Delaporte.
 M. Delaporte (Jules).
 Mme la générale Delarüe de
 Beaumarchais.
 M. Delâtre.
 Dr Delavallade.

M. Delchet.
 M. Delerue.
 M. et Mme Delessard.
 Mme Delmas.
 M. l'abbé Delorme.
 M. Delpéché, pharmacien.
 M. Demouchy.
 Mme Demouchy.
 Mlle Demouchy.
 Mme Denière.
 M. Denis.
 M. Denné.
 Mme Denormandie (Ernest).
 Mme Denormandie.
 Mme la comtesse Dercohl.
 MM. Derodes et Dèffès.
 M. Derulle-Pol.
 Dr Desauche.
 M. Descartes.
 M. et Mme Desgenetais.
 Mme Desgranges.
 M. Deslandes.
 Mme veuve Desprès.
 M. Destape.
 M. et Mme Destors.
 Mlles Determes.
 Dr Detroy.
 Mme Detroyat (Léonce).
 M. Devallois (Ed.).
 M. Devaux.
 M. Dévillers.
 M. et Mme Devinck.
 Mme Deviolaine mère.
 Mme Deviolaine (Norbert).
 Mme Deviolaine (Paul).
 Mme Devry.
 Dr Dezermaux.
 M. Dietz-Monnin.
 Mme la duchesse de Dinteville.
 Talleyrand.
 M. Dollez.
 M. Doniol.
 M. Dorchy (André).
 Mme Doublat (Alfred).
 Mme Doublet (Gustave).
 Mme Douët-d'Arcq.
 M. Douillard.
 M. Doulat.
 M. Doulcet.
 Mme Dreux (E.).
 M. Dreyfous.
 M. Drillon.
 M. Drocourt.
 M. Droit.
 Mme Dubarle.
 Mme Dubois (Arsène).
 Mme Duboux (Louis).
 Mme Duché (G.).

- Mme Duchlin.
 Mme Duclos.
 Dr Ducrot.
 M. Dufaure.
 Mme Duflocq.
 Mme Dufour (Henri).
 Mme Dufour (Louis).
 M. Dufour.
 Dr Dufresne.
 Dr Dugat.
 M. Dulchet.
 M. Dumas père.
 Mme Dumesnil (Pauline).
 M. Dumesnil.
 Mme la baronne Durand.
 Mme Durand (Auguste).
 Mme Durand (A.).
 M. Durouchoux (Paul).
 M. Duval.
 Mme Duz (Jean).
 Dr Emery.
 M. Engrand.
 M. Esnault-Pelterie.
 M. Ettling (Guillaume).
 Dr Evans.
 Mlles Faber.
 M. Fabre (Frédéric).
 M. Fabre.
 M. Farcot.
 Mme Fargin-Fayolle.
 Mme Fauh.
 Mme Fauqueux (Charles).
 M. de Faure.
 M. Favreau.
 M. de Favrière.
 Mme la comtesse de Fayet.
 Dr Feuillet.
 Mme Fèvre.
 Mme Fildesoye.
 M. le comte de Florian.
 Mme la comtesse de Florian.
 M. Fluret.
 Mme H. Flury.
 Mme de la Fontaine (Georges).
 Mme H. Fontana.
 Mme Forget.
 M. de Forbin.
 Mme des Forges.
 Mme la comtesse de Formon.
 Mlle de Formon.
 Mme Fould (Benoit).
 M. Fould (H.).
 Mme Fould (Isidore).
 Mme Fould (Paul).
 M. Foulon.
 Mme Fouquet de Lusigneul.
 M. Fouquet (Ernest).
 M. Fournier.
- M. de Franqueville.
 Dr Frédault.
 Mme Frémy.
 Dr Frestier.
 Mme Fromage.
 Mme Gabalda.
 Dr Gaboriau.
 Mme Gagneur.
 M. Galignani (W).
 Dr Gallavardin.
 M. le vicomte de Ganay.
 M. Gandouard (Léon).
 Mme la baronne Garat.
 M. Garcia.
 M. et Mme Garnier.
 Mme la marquise de Gasville.
 M. Gattliff.
 M. et Mme Gaudin (E.).
 M. Gautier.
 Mme Gautier de Valbray.
 M. Gay.
 M. Gaz (Victor).
 M. Gelée.
 Mme Genreau, mère.
 M. et Mme Genreau (Georges).
 Mme Georges.
 Mme Gerson.
 Mme Gervais.
 M. Gervoy.
 Mme Gilliard.
 Mme de Girardin (Alexandre).
 Mme Giraudeau (Fernand).
 M. Girod.
 M. Glaenzer.
 Dr Gonnard.
 M. Gosse.
 Mme Gossard.
 Mme Goubie.
 M. et Mme Goulin (Ernest).
 Mme Goupil.
 M. Goupil (E.).
 M. Goupil (L.).
 Mme Gourenne.
 Mme la baronne Gourgaud.
 Dr Goutry.
 Mme la vicomtesse de Grancey.
 Mme Grandmaison.
 Dr Granier.
 Dr Granvallée.
 Mme Greffulhe.
 Mme Grellou.
 Mme de Grétry.
 Mme Grimprel.
 Mme Grippon.
 Mme la marquise douairière de
 Guadalmina.
 M. l'abbé Guénaud.
 Mme Vve Guérin-Méneville.

Dr Guérin-Méneville.
 Mme Guérin.
 M. et Mme Guérin (Edmond).
 M. Gûet O.
 M. Guiet.
 Mme Guillaume (C).
 Mme Vve Guillet.
 M. et Mme Guillet (Savinien).
 M. Guilmard.
 M. Guillouet.
 Mme Guillout.
 M. Guillout (E.).
 Mme la baronne de Gunzbourg.
 M. et Mme Gutierrez de Estrada.
 Mme Guyot.
 Mme Habatbi.
 Mme Hainguerlot.
 Mme Halphen (Joseph).
 M. Hamel.
 Dr Hamon.
 M. Hannebert.
 Mme Haret.
 Mme Hasseneau.
 Mme Haudry de Saucy.
 Mlle de Haut.
 Mme la comtesse d'Hautpoul.
 M. Hayem.
 Mme Hébert (Charles).
 Mme Heine (Charles).
 Dr Hème.
 Mme Hemon.
 Mlle d'Herculais.
 Dr Hermel.
 M. Hermel (Ad.).
 M. Hermel (Achille).
 M. Hermel fils.
 M. Herard A.)
 M. Herold-Ramiet.
 Mme d'Hérouville.
 Mme Herson Macarel.
 Mme la comtesse d'Hinnisdal.
 Dr Houat.
 Mme Hubert-Brière.
 Mme Huillier.
 Mme Huillier (Paul).
 Mme Humann.
 M. Humblot.
 M. Hunebelle.
 Mme Huvet.
 Dr Hysern père.
 Dr Hysern fils.
 M. Imbert.
 Dr Imbert-Gourbeyre.
 Dr Ingelmarre.
 M. d'Indy.
 M. Isabey.
 Dr Jablonski.

Mme Jacobs.
 Mme Jacquemin.
 M. Jacquemin.
 M. Jacquot.
 M. Jacquotot fils.
 Mme Jagerschmidt (Paul).
 M. et Mme Janicot.
 M. Japy Emile).
 Mlle Jaume-Floccard.
 M. Jauvin d'Attainville.
 M. Jeâneau.
 M. et Mme Jodon (Anatole).
 M. de Jogay.
 Mme Jolliot.
 M. de Joly.
 Dr Jorez.
 Mme Josse.
 M. Jourdain.
 Dr Jousset.
 M. et Mme Juigné.
 M. Julet.
 Mme la comtesse de Juvisy de Montferrand.
 Mme Karczewska.
 M. Karczewski.
 Mme Keller.
 M. Keller.
 Mme de Kermogan.
 M. Kern.
 Mme la vicomtesse de Kervguen.
 M. le comte de Kleczkowski.
 Mme Kope.
 Mme la comtesse Krasinska (Elisabeth).
 Mme la comtesse Krasinska (Marie).
 Mme la Générale Labastie.
 Mme Lachambre.
 Mme Lachaule.
 Mme la Générale Lacretelle.
 M. le marquis de Ladonchamps.
 Mme la baronne de Ladoucette.
 Mlle Lofonta.
 M. de Lafresnaye.
 M. Lageste.
 M. Lagoute.
 M. Laisne-Thiebault.
 Mme la comtesse de Lambel.
 Mme Lamé-Fleury.
 M. Lami (notaire honoraire).
 Mme Lami (E).
 M. Lami de Nozan.
 Mlle Lami de Nozan.
 Famille Lamontagne.
 Mlle Lamontagne.
 Mme la comtesse de Lancelle.

M. Lancotte.
 Mme Lamy.
 Mme Landaiserie.
 Mlle Landaiserie (Lucy).
 Mme Landron (Victor).
 M. Langlois.
 M. Langt.
 M. et Mme Lapareillé.
 M. Laroze.
 M. Larvinski (Ivan).
 Mme Lassalle-Herrou.
 Mme A. de Latour.
 M. Latour.
 M. et Mme de Launay.
 Mme Laurentie.
 Mme de Lauverjat.
 M. Lebas.
 M. Lebeau.
 M. Lebey (père).
 M. Lebey (Edouard).
 M. et Mme Lebey (Georges).
 Mme Lecarme.
 M. Leclercq.
 Mme Leclercq.
 M. Lecocq.
 Mme Lecomte.
 M. et Mme Leduc (Ed.).
 Mme Lefebvre-Pontalis.
 Mme Lefebvre (Alfred).
 M. Liger (Henri).
 Mme Legneau.
 Mme Lehideux (Ernest).
 Mme Lehodey.
 Mme la baronne Lejeune (E).
 Mme Leleu aîné.
 M. et Mme Leleu (Auguste).
 Mme Leleu (Casimir).
 M. et Mme Leleu (Charles).
 M. et Mme Lemaitre (Ernest).
 Mme Lemaitre.
 Dr Lambert.
 M. Lemonnier.
 Dr Lenglet.
 M. Leniau.
 Mme Lepel-Cointet (Eric).
 Mme Lepel-Cointet (Em.).
 Mme Leplat.
 Mme Leredde.
 Mme Leroy.
 Mlle Leroy (Marthe).
 M. Leroy.
 M. Leseigneur.
 Mme de Lesquilles.
 M. Lesquin.
 M. Lestein.
 M. le comte de Lestapt.
 M. Letaille.
 M. Levent.

M. et Mme Levert.
 M. Levillain.
 M. Liénard (C.).
 M. de Lienhardt.
 M. de Lignières.
 M. et Mme de Lignières.
 M. Limet (E.).
 M. et Mme Lionnet.
 Mlle Locheron.
 Mme Londe.
 Mlle Longperrier.
 Mlle de Lootzbeck.
 Mme Lopez.
 Mme Loreau.
 M. Loudun.
 Dr Louis.
 Dr Love.
 M. Love (Georges).
 M. Lubeck.
 Mme Lucas (Alphonse).
 M. Lucas (Albert) et ses enfants.
 M. Lucquin.
 Madame la comtesse de Luigne.
 M. Lumire.
 M. Lunyt.
 Mme la comtesse de Lyerme.
 Mme Lynd-Stephens.
 Mme la comtesse de Lyonne.
 Mme la duchesse de MacMahon.
 Mme de Maddeville.
 Mme de Madrier.
 M. et Mme Mahou (Paul).
 M. Mahou Oscar.
 Mme Maillard.
 M. Maillard.
 Mme la comtesse de Maillé.
 M. Maillier.
 Dr Maillot.
 Mme Le Maistre (Eugène).
 Dr Malapert.
 Mme Mallet (Charles).
 Dr Mallez.
 M. Malpar.
 Mme du Maniel de Saveuse.
 Mme Manuel.
 M. Marc.
 Mme Marco del Pont.
 M. de Margerie.
 Mme Margot.
 Mlle Marguerite (Camille).
 Mlle Marie.
 Mme Marion (E.).
 M. Marre.
 D. Martin-Duthoit.
 Mme Martin (Petrus).

- M. B. de Mas.
 M. de Mas (Armand).
 Mme Masson.
 Mlle Massonneau.
 M. Mathieu.
 M. le Général et Mme de Mau-
 dhui.
 M. Mauge.
 M. Mauger.
 M. de Maurepas.
 M. Mayer.
 Mlle Mayer.
 Dr Mayhoffer.
 M. Mazières.
 M. Mazurié.
 Mme la baronne Méchin.
 Mme Meignen G.)
 Mme Meilhac.
 Mme la comtesse de Ménars.
 Mme de Mendeville.
 M. Menier (M.).
 Mme de Mérino.
 M. Merthamon.
 Mme Mesland.
 M. Michel (Arthur).
 Mme Michelant.
 M. Michelant.
 Mme Michellin.
 M. de Mieulle (Auguste).
 M. Mignon (Ed).
 M. Mignon (Ed).
 Mlle Mignon.
 M. Mignon (Alexis).
 Mme Mignon (Théophile).
 M. Million.
 M. Mimant.
 Mme Minoret.
 Mme la marquise de Minos.
 M. Moiana.
 M. et Mme Moine (Louis).
 M. et Mme Moliet.
 Dr Molin.
 M. Mollier.
 M. Montané.
 Mme Montarié.
 M. Monnin-Japy.
 M. de Montbazon.
 Mme G. de Montbrizon.
 M. le comte de Montlaur.
 M. Morana.
 Mme Moreau-Chaslon.
 M. Morise (Louis).
 Mme de Morlaincourt.
 Mme la comtesse de Mosbourg.
 M. de Mouchy.
 M. de Moura (Sylvain-José).
 M. Moutier.
 Mme Muller (Emile).
- M. le comte Murat.
 M. le comte et Mme la com-
 tesse de Murat de l'Estang.
 M. Mussin.
 M. Nas de Tourès.
 M. l'abbé Navet.
 M. Navoit.
 Mme veuve Nefftzer (A.).
 M. de Nérulle.
 Mme de Nerville.
 M. Neuforge.
 M. Nicolle.
 Mlle Nicolle.
 Mlle Nicolo.
 Mme Nitot.
 Dr Noak.
 M. Noailles.
 Mme la baronne de Noirmont.
 M. le baron de Noirmont.
 Mme Nollevall.
 Le curé de Notre-Dame-des-
 Victoires.
 Mme Numeuse.
 Mme la baronne d'Oglez.
 M. Orza.
 Dr Ozanam.
 Mme la duchesse de Padoque.
 Mme Pancolard.
 Mme Parent-Duchâtelet.
 M. Paris.
 Mlle Pariset.
 Miss Parry.
 Mme l'amirale Parseval-Des-
 chènes.
 Dr Parthenay.
 Mme Pastré (Joseph).
 Mme Pastré (Jules).
 Mme Pastré (Eugène).
 M. Pastré (Pierre).
 Mme Pauchet (Emile).
 Dr Pellicer.
 Mme Perronne (A.)
 Mme Perry.
 Mlle Perry (Ant.)
 M. Per ry Henry.
 Mme Perterrie.
 M. le vicomte de Perthuis
 Mme Petit (Joséphine).
 M. Petit (Francis).
 M. Petit Joseph).
 M. Petitjean.
 M. de la Peyrière.
 M. Picot (Georges).
 Mme Piérard (Charles).
 Mme Piérard (André).
 M. de St-Pierre.
 M. le général et Mme Piètre-
 quin de Pranjeu.

- M. Pigeron.
 M. Pignot.
 M. Pillot.
 M. Pinatel.
 Mlle Pioche (Anna).
 Mlle Pioche (Joséphine).
 M. Pioche.
 Dr Piollet.
 M. Planque (E).
 M. Platel.
 Mme Polard.
 M. Polissard.
 M. Polonceau.
 Dr Pompili, de Ronie.
 Mlle Pône (Félicie).
 M. et Mme Pône (Charles).
 Mlle des Ponts (Marie).
 M. Porterie.
 Mme Potdevin.
 Mme Pottier (Paul).
 Mme Pourcellet.
 Mme Pourcelt.
 M. Pourcelt.
 M. Poutrel.
 Mme Poyet.
 Mme Prenat.
 M. Préterre.
 Mme Prunier.
 M. Pujó.
 M. Pujole.
 M. Quatremère.
 Mme Quénauld.
 Mme Quest.
 M. Rabourdin.
 M. Raçon (Simon).
 Mmes Radiguet.
 Dr Rafinesque.
 M. Raimbeaux Abel.
 Mme Rambaud (Marius).
 Mme Rambourg (Charles).
 Mme Ramsey.
 Mme la marquise de Rastignac.
 M. le chevalier Rauville.
 Dr Ravel.
 Dr Raymond (Louis).
 Mme Raymond.
 M. le vicomte de Rebourgs.
 M. le vicomte de la Redorte.
 Mme Régnier.
 Mme Rémy.
 M. Renault.
 Mme de Renneville.
 Mme Reynaut (Marie).
 Mme Riant.
 Mlle Riant.
 M. Riant (Ferdinand).
 M. et Mme Riant (Théodore).
 M. Ribart.
 Mme de Ribes (Ernest).
 M. Richard.
 Mme Richer.
 M. Richer.
 Mme la comtesse de Rigný.
 Mme Riottot.
 Mme Rivet.
 M. Rivière (L.).
 Mme Rivière, mère.
 Mme Robin (Gustave).
 M. de RoCHAT.
 Mme Rochet.
 Dr Rochet.
 M. Rochotte.
 M. Roger (Charles).
 Mme Rogier de Rothemont.
 Mme Roland.
 Mlle Rolland.
 M. de Romanet.
 Mme Romary.
 M. Roret (Antoine).
 M. Rosier.
 M. Rosy, de Toulon.
 Mme la baronne douairière de
 Rothschild.
 Mme la baronne Salomon de
 Rothschild.
 M. le baron de Rothschild (Al-
 phonse).
 M. le baron de Rothschild
 (Gustave).
 M. le baron de Rothschild
 (Edmond).
 M. Rouillard.
 M. et Mme Roussel (Eugène).
 Mme veuve Roussel.
 Dr Roussel.
 M. et Mme Roux-Billioque.
 M. Rouzelet.
 Mme la baronne de Rovins.
 Mme Rozier.
 Mme Saglio.
 Mme Salles.
 M. Salmon.
 Mme Salvador (Gabriel).
 M. le colonel Salvador.
 M. de Salvart.
 M. Sauton.
 Mme de Sauville.
 Mme Savary Charles.
 Mme Savary, mère.
 M. Savary (Paul).
 M. de Savignies.
 M. Savoy.
 M. Schill.
 M. Sébert.
 M. Séchan.
 Mme la baronne Séguier.

- Mme Séguier.
 Mme Séguin (Charles).
 M. Séguin.
 Mme la comtesse Sixt de St-Seine.
 Dr Serrand (Daniel).
 Dr Serrand (Réné).
 M. Serrat.
 Mme Schlumberger.
 Dr Sieffermann.
 Dr Silvestre.
 Dr Simon (Léon).
 Mme Sohier.
 M. Sorat.
 M. Soumain (Alfred).
 Mme de Staplande.
 Mme Stern (Louis).
 M. Stevens (Alfred).
 M. et Mme Sublet.
 Mme Taigny-Jollois.
 M. Taillade.
 Mme la marquise de Talhouet.
 M. Tarcot.
 Dr Tardieu.
 Mme Tardivaux.
 M. Tavernier.
 M. Tavernier (Henri).
 M. de Terre.
 Mme Tessier.
 Dr Tessier.
 Dr Teste.
 Mme Teste.
 Mme Thénard.
 Mme Theuriet (André).
 Mme de Thévenard.
 Mlle de Thévenard.
 M. Thévenin.
 Mme Thibault.
 Dr Thibaut.
 Dr Le Thièrre.
 M. et Mme Thiéry.
 Mme Thierry (Edmond).
 Mme Thierry, mère.
 M. Thomas (Arthur).
 Mme la marquise douairière de Tilière.
 M. Tinoco.
 Mme l'amirale Touchard.
 Mme la comtesse de la Tour.
 Mme de la Tour.
 M. Tourneur.
 M. de Tournin.
 M. Tranchant.
 M. Trayer.
 Mme la présidente Troplong.
 Miss Trotter.
 Mme Trouvé.
 Lady Tufflon.
 Mme Turdin.
 M. Richard de Tussac.
 M. Uchard.
 N. de Valanglard.
 Mlle de Valin.
 Mme de Vallière.
 M. de Valois.
 Mm de Vandier.
 Mme Varin.
 Mme Vasse St-Ouen.
 Mlle Vasse St-Ouen.
 M. de Vatry.
 M. Vaucherel.
 M. Vautier.
 M. Vavoit.
 M. Verdier.
 M. de Verneuil.
 M. Veron (A.)
 M. Verron.
 M. Veuillot.
 Mme Veyrier.
 Mme la comtesse de Vibray.
 M. Vicaire.
 Mme la baronne de la Villetteux.
 Mlle Villiers.
 Mme Vincent (Albert).
 Mme Vinois.
 Mlle Viollet (E.)
 M. Viollet (G.)
 Dr Viollet.
 Mme la marquise de Virieu.
 M. le baron de Santa Vittoria.
 M. le prince de Wagram.
 M. le baron de Watte.
 Mlle de Watzbourg.
 M. Weber (Georges).
 M. Weichand.
 M. Weiland.
 Mme Weissweler (Daniel).
 Mme Woodcock.
 M. Yvose-Laurent.
 Mme Ziloff de Steenbourg.

TABLE DES MATIÈRES

A

Action des médicaments sur l'œil, 330.
Affection cardiaque, 71.
Angine couenneuse, 353, 724.
Arthrite blennorrhagique, 20.

B

Banquet en l'honneur de Hahnemann, 37.
Belladonna, 330.
Bibliographie, 184, 318.
Black (Francis), 255.
Bronchite, 70, 75.
Bronchite, 294, 363.

C

Cardite, 379.
Catarrhe pulmonaire chronique, 297.
Catarrhe suffocant, 369.
Chloro-anémie, 370, 371.
Claude, 37, 60, 128, 191, 193, 245, 255, 256, 257, 319, 448, 510, 576, 640, 701.
Climat (du) de Saint-Raphaël, 318.
Clinique de l'hôpital Saint-Jacques, 20, 69, 150, 237, 280.
Clinique médicale, 226, 264, 456.
Clinique homœopathique, 710.
Colique néphrétique, 732.
Compte rendu de l'hôpital Saint-Jacques, 750.
Compte rendu financier, 754.
Contagion et infection, 226, 264.
Contracture hystérique, 368.
Cretin, 226, 264, 421, 485, 538, 582, 641.
Cuivre (le) préserve du choléra. 313.
Cuprum : le cuivre et ses sels, 120, 178.
Cyanure (le) de mercure dans la diphtérie, 314.

D

Diphtérie maligne, 456.
Doses (les) infinitésimales au Muséum, 311.

E

Erysipèle, 346, 363.
Essai sur les hématoécèles intra-péritonéales, 184.
Extraits des procès-verbaux.
Séance du 16 avril 1883, 9.
— 7 mai 1883, 65.
— 21 mai 1883, 129.
— 2 juillet 1883, 385.
— 1^{er} octobre, 1883, 449.
— 15 octobre 1883, 513.
— 5 novembre 1883, 577.
— 19 novembre 1883, 705.

F

Fièvre typhoïde, 24, 25, 29, 31, 33, 35, 69, 73, 74, 77, 78, 80, 82, 84, 85, 165, 173, 240, 280, 287, 290, 344, 352, 354, 496, 499, 415, 710, 712, 714, 717.

Fièvre typhoïde. Hypothèses et contradictions académiques.

CHAPITRE PREMIER. — *Les débats.*

- I. La tribune, 421.
- II. Un orateur, 422.
- III. Un argument sans réponse, 423.

CHAPITRE DEUXIÈME. — *Hygiène étiologique.*

- I. Causes générales, 426.
- II. Causes précises, 429.
- III. Fatale concession, 434.
- IV. Micropathogénie, 438.
- V. Production et propagation, 442.
- VI. La désinfection par la putréfaction, 484.
- VII. Prophylaxie, 490.
- VIII. Un expédient, 496.
- IX. L'abdication, 499.
- X. La direction générale, 500.

CHAPITRE TROISIÈME. — *Conclusions logiques et expérimentales.*

- I. Le dégagement, 505.
- II. Les boissons et les aliments, 506.
- III. Rien à l'égout, 507.
- IV. L'infection atmosphérique, 538.
- V. Microbes de l'air, 545.
- VI. La contagion, 553.
- VII. L'acclimatement, 555.
- VIII. Aptitudes et prédispositions morbides, 556.
- IX. Les odeurs de Paris, 557.
- X. Les miasmes, 560.

CHAPITRE QUATRIÈME. — *Pathologie.*

- I. Innovations, 565.
- II. Infection morbide, 567.
- III. Micropyrogénie, 569.
- IV. *Sic vos non vobis*, 573.
- V. Microthermogénie, 574.
- VI. Thermopyrogénie archaïque, 582.
- VII. Hyperthermie, 588.
- VIII. Microthermopyrogénie, 591.

CHAPITRE CINQUIÈME. — *Microphylaxie.*

- I. Le programme, 593.
- II. Isomicrophylaxie, 596.
- III. La réalité, 600.
- IV. La microbiatrie, 605.

CHAPITRE SIXIÈME. — *La thérapeutique.*

- I. Le problème, 621.
- II. Hydrothérapie, 624.
- III. Médications arbitraires systématiques, 630.
- IV. Médications arbitraires opportunistes, 650.
- V. Le dilemme, 655.
- VI. La cour suprême, 660.
- VII. Statistiques hydrothérapiques, 661.
- VIII. Statistiques générales, 665.
- IX. L'arrêt, 667.

CHAPITRE SEPTIÈME. — *To be or not to be.*

- I. Résumé, 674.
- II. La science moderne, 675.
- III. La métaphore, 677.
- IV. Le spécificisme, 680.
- V. L'Hahnemannisme, 688.
- VI. L'homœopathie, 602.
- VII. La plus redoutable endémo-épidémie, 699.

Frédault (père), 344, 395, 373, 750.

G

- Gabalda, 9, 20, 65, 69, 129, 184, 385, 449, 513, 577, 705.
- Glanes, 383.
- Guérin-Méneville, 754.

H

- Hémorrhagie intestinale dans le cours de la fièvre typhoïde, 476.
- Hoquet hystérique, 373.
- Huber (Edouard), 255.
- Hughes, 330.

I

- Institut américain d'homœopathie, 244.
- Intolérance médicale, 317.

J

- Jousset (Marc), 105, 184, 311.
- Jousset père, 120, 150, 178, 237, 280.

L

- Lathyrisme et bérubéri, 301.
- Les gens qui inventent la poudre à canon, 193.
- Liste des Membres de la Société, 1.

M

Manifestations oculaires de la syphilis, 87, 137, 199.

- I. Syphilis héréditaire, 91.
- II. Syphilis acquise, 103.
- III. Accidents primitifs, 105.
- IV. Accidents secondaires, 108.
 - (*Irido-choroïdite, i. idio cyclite spécifique*), 137.
 - (*Choroïdite aréolaire disséminée*), 139.
 - (*Névrite, rétinite et névro-rétinite indépendantes de néoplasmes spécifiques intra-crâniens*), 143.
 - (*Névro-rétinite spécifique*), 145.
- V. Accidents tertiaires, 199.
 - (*Ulcérations spécifiques des paupières*), 199.
 - (*Iritis tertiaire*), 202.
 - (*Névrite optique tertiaire*), 205.
 - (*Atrophie spécifique tertiaire*), 211.
 - (*Paralysies des muscles oculaires*), 213.
- Méningite, 405.
- Mérite, 287.
- Métrorrhagie, 366.
- Mode d'action des antiseptiques employés dans le pansement des plaies, 321.
- Molluscum, 743.

N

Nécrologie, 255.
Névralgies, 371.
Nouvelles, 60, 128, 191, 256, 319, 448, 510, 576, 640, 701.

P

Parenteau, 87, 137, 199, 330, 517.
Partenay, 321, 456.
Phlébite (suite de couches), 27.
Phlébite, 295, 352.
Pleurésie, 364, 395.
Pneumonie, 299, 468, 470, 475, 499, 739.
Psoriasis, 73.
Purpura simple, 731.

R

Revue de l'Académie de médecine, 301.
Revue des journaux, 311.
Résumé statistique de la clinique du Dr Jousset (père), 150.
Rochet, 710.

S

Signes des temps, 257.
Synoque, 23.

T

Tessier, 301.
Traitement de la fièvre typhoïde par *baptisia*, 462.
Tuberculose, 379.
Tumeurs de l'abdomen, 402.

U

Urticaire chronique, 737.
Ussat et Ax, 746.

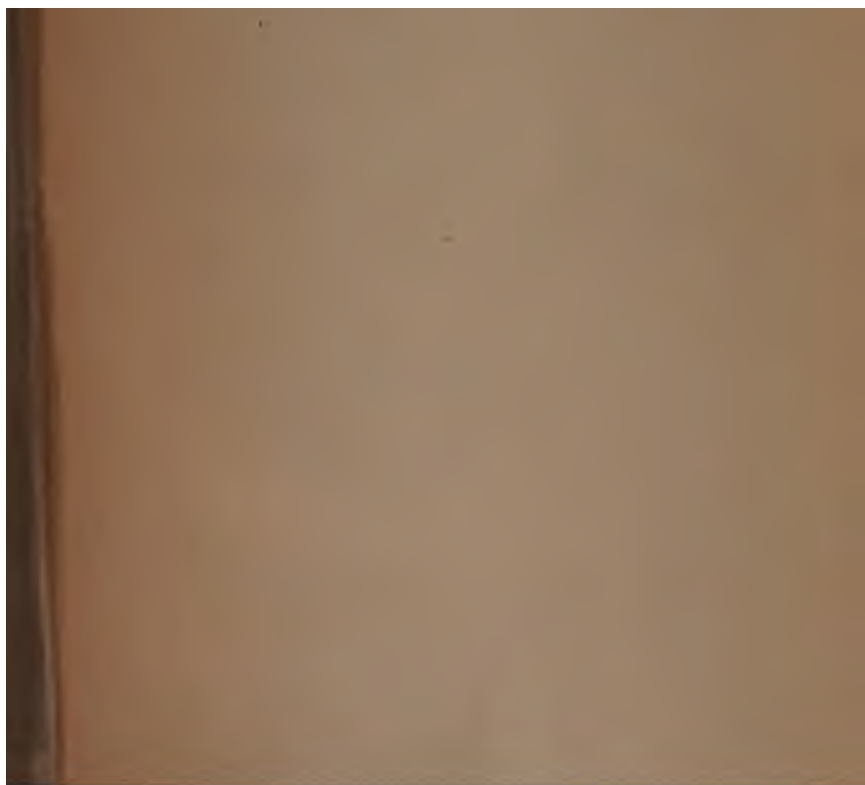
V

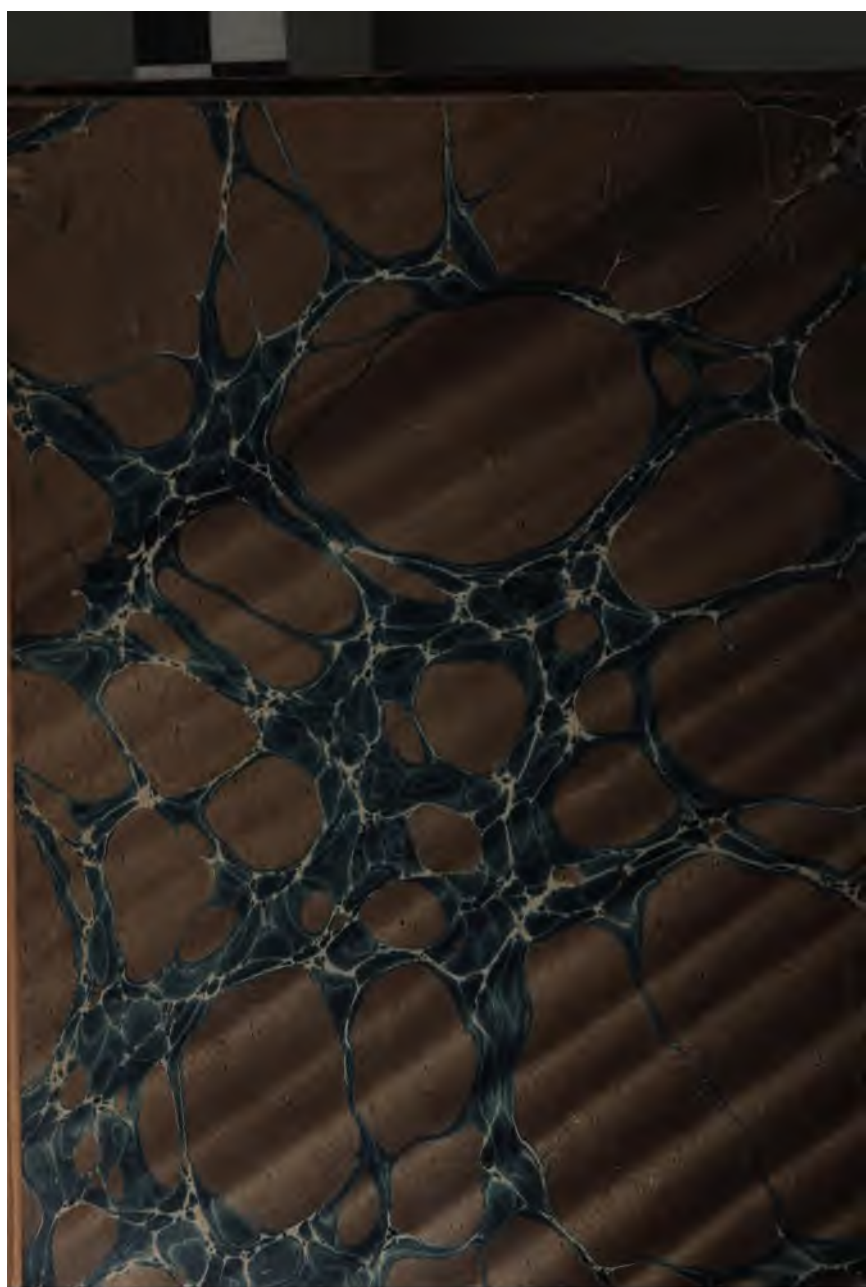
Valeur semiologique de la névrite optique dans les tumeurs
cérébrales, 517.
Variole, 720.

Le Gérant : Dr A. CLAUDE.

Clermont (Oise). -- Imprimerie Daix frères, place St-André, 3.









3 9015 05941 8213

